Handbuch

zum

QUalitätsmanagement **A**nthroposophische **M**edizin

QUAM

des Qualitätszirkels Anthroposophische Medizin
im Ruhrgebiet

Mit Beiträgen von

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Sabine Goos
Jens- Uwe Goos
Johannes Gutsch
Stefan Kallus
Anke von Meding
Annamaria Meder
Uwe Momsen
Renate Packroff
Arne Schmidt
Hendrik Vögler
u. a.

und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Stand: November 2007

Zusammenstellung von Arne Schmidt und Hendrik Vögler

Jeder Autor verantwortet seinen Beitrag selbst. Alle Angaben in diesem Handbuch sind nach bestem Wissen und unter Anwendung aller gebotenen Sorgfalt erstellt worden. Trotzdem kann von den Autoren keine Haftung für etwaige Fehler übernommen werden.

Allgemeine Nutzungsbedingungen betreffend das Handbuch zum Qualitätsmanagement Anthroposophische Medizin (QUAM)

(1) Das Handbuch zum Qualitätsmanagement Anthroposophische Medizin (QUAM) sowie seiner einzelnen Teile ist urheberrechtlich geschützt. Die Nutzungs- und Leistungsschutzrechte an dem Handbuch sowie den enthaltenen Inhalten stehen der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD) zu. Der Urheberrechtsschutz umfasst sämtliche Versionen des Handbuches, insbesondere die pdf-Version zum Download als auch die passwort-geschützte Bearbeitungsversion.

(2) Das QUAM-Handbuch darf von dem Nutzer/ der Nutzerin nur für den eigenen, Gebrauch im Rahmen der eigenen Praxis genutzt werden. Jede gewerbliche Nutzung über die eigene Praxis hinaus, insbesondere das Verkaufen, Vermieten, Verpachten oder Verleihen des Handbuches, auch durch Weiterleiten oder sonstige Zugänglichmachung der entsprechenden Emails, ist unzulässig.

Hendrik Vögler

Qualitätsmanagement Anthroposophische Medizin (QUAM)

Der Qualitätszirkel Anthroposophische Medizin im Ruhrgebiet arbeitet seit mehr als zehn Jahren zusammen und ist bei der KVWL anerkannt (www.anthromed.de). Bei den monatlichen Treffen stehen regelmäßig Themen der Anthroposophischen Medizin (AM), Gesundheitspolitik, Balintgruppenarbeit u.a. auf dem Programm.

Im diesem Rahmen wurden mit der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung eines Praxismanagementsystems die gängigen Programme zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen untersucht und darauf geprüft, welche Vorgaben den Inhalten und den sozialen Formen unserer ärztlichen Bemühungen für eine ganzheitliche Medizin entsprechen könnten. Es entstand mit der Zeit bei einigen teilnehmenden Praxen der Impuls, ein eigenes Qualitätsmanagement zu entwickeln. Dabei soll - so weit der gesetzliche Rahmen es zulässt (www.g-ba.de) - selbstständig gewichtet werden können, wie ausführlich einzelne Bereiche behandelt werden und welche Teile nach unserem Qualitätsverständnis besondere Beachtung finden sollten. Dieses Konzept wurde mit einem für das QM beauftragten Vertreter der Ärztekammer WL diskutiert und befürwortet.

Hierzu wurde zunächst eine Sammlung der für einen Praxisbetrieb erforderlichen Tätigkeitsbereiche erstellt, die dann - bei allen Überschneidungen der Gebiete - sinnvoll gegliedert (Patienten-Mitarbeiter-Praxis) und schließlich die zu bearbeitenden Themenblöcke unter den zwölf teilnehmenden Praxen zu verteilt wurden. Jede Praxis benannte eine für Qualitätsmanagement-Fragen beauftragte Helferin. Das Praxisteam hatte nun die Aufgabe, den gewählten Bereich für die eigene Praxis beispielhaft auszuarbeiten, den anderen Teams vorzustellen und nach erneuter Diskussion zu überarbeiten. Diese so entstandene Zusammenstellung liegt hier vor.

In der nun folgenden Phase hat jede Praxis die Aufgabe, entsprechend ihrer Fachrichtung und eigenen Einschätzung die so beispielhaft bearbeiteten Themen für das eigene Praxis-Management individualisiert umzusetzen und ein eigenes Handbuch zu erstellen. Dieses Handbuch ist in Form einer Loseblattsammlung konzipiert und wird so ständig weiterentwickelt und ergänzt werden können. Manche Themen sind noch nicht ausgeführt bzw. rudimentär.

In weiteren Schritten wird es dann darum gehen, daraus eigene Qualitätsziele zu formulieren, deren Umsetzung zu planen und danach zu überprüfen. Eine Pflichtzertifizierung ist im Gesetz nicht vorgesehen, wäre aber mit der individualisierten Version auch möglich. Eine „gegenseitige Zertifizierung“ im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit ist denkbar und soll u.U. erneut diskutiert werden.

Aus Kapazitätsgründen wurde keine redaktionell überarbeitete „Endfassung“ erstellt, so dass zu manchen Themen mehrere Vorschläge bzw. Beispiele vorliegen, die den Spielraum der möglichen individuellen Ausgestaltung deutlich machen können. Überhaupt ist es uns sehr wichtig, darauf hinzuweisen, dass viele Beiträge „beispielhaft“ sind und in erster Linie Anregungen für die persönliche Ausgestaltung liefern sollen.

Inhaltsverzeichnis

1 Leitbild 8

1.1 Zur Frage eines gemeinsamen Leitbildes *(A. Schmidt)* 8

1.2 Beispiel für ein konkretes Praxisleitbild *(J. Gutsch)* 12

1.3 Stichworte für ein Leitbild *(H. Vögler)* 13

1.4 Ideelle Arbeitsbedingungen *(A. Meder)* 14

2 Patienten 15

2.1 Kontakt 15

2.1.1 Praxisablauforganisation *(S. Goos)* 15

2.1.2 Ablauf der Anmeldung in der pädiatrisch-kinderpsychiatrischen Praxis *(U. Momsen / A. Schmidt)* 17

2.1.3 Ablauf Diagnostik und Therapie in der pädiatrischen Sprechstunde *U. Momsen)* 18

2.1.4 Ablauf Diagnostik und Therapie in der kinderpsychiatrischen Sprechstunde *(A. Schmidt)* 19

2.1.5 Praxisablauf in der gynäkologischen Praxis *(J. Goos)* 20

2.2 Diagnose/Therapie in der Anthroposophischen Medizin *(H. Vögler)* 28

2.2.1 Leitlinien/ Behandlungspfade einer anthroposophischen Therapie *(S. Kallus)* 30

2.2.2 Merkblatt Vitamin- K Prophylaxe *(GAÄD)* 32

2.2.3 Leitlinien Vitamin - K Prophylaxe *(GAÄD)* 35

2.2.4 Merkblatt HPV- Impfung *(GAÄD)* 39

2.2.5 Leitlinien HPV- Impfung *(GAÄD)* 42

2.2.6 Leitlinien Impfaufklärung *(G. Soldner)* 46

2.3 Prävention folgt

2.4 Notfallmanagement in der allgemeinärztlichen und internistischen Praxis *(A.v. Meding)* 49

2.4.1 Psychiatrische Notfälle *(A. Schmidt)* 56

2.5 Evaluation folgt

2.6 Beschwerdemanagement für Patienten *(U. Momsen / A. Schmidt)* 58

2.7 Informationsmaterial folgt

3 Mitarbeiter 59

3.1 Mitarbeiterverträge 59

3.1.1 Mustervertrag sozialpsychiatrische Mitarbeiter/in in Festanstellung *(A. Schmidt)* 59

3.1.2 Honorarvertrag *(A. Schmidt)* 62

3.1.3 Vertrag über eine Praxisgemeinschaft *(A. Schmidt)* 64

3.2 Arbeitsplatzbeschreibung 71

3.2.1 Arbeitsplatzbeschreibung Arzthelferinnen *(G. Birkenfeld)* 71

3.2.2 Arbeitsplatzbeschreibung Angestellte Kinderärztin *(U. Momsen / A. Schmidt)* 72

3.2.3 Arbeitsplatzbeschreibung kinderpsychiatrische Sprechstunde *(A. Schmidt)* 74

3.3 Teamkommunikation *(H. Vögler)* 75

3.3.1 Konfliktmanagement in der Praxis *(U. Momsen /A. Schmidt / R. Packroff / G. Birkenfeld)* 77

3.3.2 Umgang mit Fehlern und Beschwerden *(U. Momsen / A. Schmidt)* 78

3.3.3 Fehlermanagement (Vordruck) 79

3.4 Fortbildung der Mitarbeiter *(J. Gutsch* 80

3.5 Ausbildung zur Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte (*A. Meder)* 82

3.6 Qualitätsmanagement (jede Praxis individuell)

4 Praxis 87

4.1 Praxisräume *(A. Meder)* 87

4.2 Material (Einkauf, Bestellung, Lagerung, Verwaltung) *(P. Buwalda)* 89

4.3 Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in der Arztpraxis (Arbeitsschutz, Ordnung, Hygiene) *(B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 91

4.3.1 Arbeitsschutz und Hygiene in Arztpraxen - Gesetzliche Grundlagen (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 91

4.3.2 Allgemeine Anforderungen zum Arbeitsschutz (Arbeitsschutzgesetz) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 94

4.3.3 Gestaltung und Einrichtung der Praxis (Arbeitsstättenverordnung) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 96

4.3.4 Betreuung durch Fachkraft für Arbeitsicherheit und Betriebsarzt (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 100

4.3.5 Hygiene und Ordnung (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 104

4.3.6 Biologische Arbeitsstoffe und Infektionsgefährdung (Biostoffverordnung und Infektionsschutzgesetz) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 110

4.3.7 Tätigkeiten mit Gefahrstoffen (Gefahrstoffverordnung) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 117

4.3.8 Arbeiten am Computer oder Monitor (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 121

4.3.9 Arbeiten mit technischen Geräten (Betriebssicherheitsverordnung, Medizinproduktegesetz, Verordnungen zum Strahlenschutz) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 123

4.3.10 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz (Arbeitsschutzgesetz) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 130

4.3.11 Heben und Tragen (Lastenhandhabungsverordnung) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 139

4.3.12 Persönliche Schutzausrüstung (PSA-Anwendungsverordnung) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 141

4.3.13 Schutz werdender und stillender Mütter (Mutterschutzgesetz, Mutterschutzverordnung) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 143

4.3.14 Schutz von Jugendlichen (Jugendarbeitsschutzgesetz) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 149

4.3.15 Gestaltung der Arbeitszeit (Arbeitszeitgesetz) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 151

4.3.16 Erste Hilfe und Brandschutz (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 153

4.3.17 Abfälle und Umweltschutz (Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz) (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 157

4.3.18 Gesundheitsförderung in unserer Praxis (*B. Daumann / P. Buwalda / R. u. R. Packroff)* 160

4.5 Archivierung und Datensicherung *(A. v. Meding)* 162

4.6 Betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte und Praxisverwaltung *(A. Schmidt)* 164

5. Anhang **165**

5.1 Infusionstherapie *(J. Gutsch)* 165

5.2 Thymus - Thymus/Milz – Milz - Injektionen *(J. Gutsch)* 168

5.3 Aktive Hyperthermie (Fiebertherapie) *(J. Gutsch)* 169

5.4 Merkblätter und Broschüren (Bezugsadressen und Inventarliste) *(P. Fischer-Wasels)* 172

1 Leitbild

Arne Schmidt

1.1 Zur Frage eines gemeinsamen Leitbildes

„Im Bewusstsein seiner Verantwortung vor Gott und den Menschen, von dem Willen beseelt, als gleichberechtigtes Glied in einem vereinten Europa dem Frieden der Welt zu dienen, hat sich das deutsche Volk kraft seiner verfassungsgebenden Gewalt dieses Grundgesetz gegeben. (…) 1. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. (…) Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (…) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich (…) Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich."

Aus: Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland

„Wir nehmen den einzelnen Menschen wahr. Darin sehen wir unseren Auftrag in der Nachfolge Jesu. Wir schauen Not, Leid und Schwäche als Teil des Lebens ins Gesicht. Wir wenden uns nicht ab, sondern lassen uns anrühren. Dazu befähigt uns das Leiden und Sterben Jesu am Kreuz. Seine Auferstehung schenkt uns den Glauben an die Überwindung des Todes. Aus dieser Hoffnung handeln wir, auch in Krisen, die uns mitten im Leben begegnen. (…) Unser Glaube spricht durch Taten. (…) Menschen können zwar würdelos handeln, aber dennoch ihre Würde nicht verlieren, weil Gott in Jesus Christus den Menschen auch in seinem tiefsten Scheitern angenommen hat. (…) Im gegenseitigen Geben und Nehmen erleben wir Gemeinschaft und entdecken, dass Glaube und Persönlichkeit wachsen."

Aus: Leitbild der Diakonie der Ev. Kirche

„Heute ganz besonders sind wir dringend verpflichtet, uns zum Nächsten schlechthin eines jeden Menschen zu machen und ihm, wo immer es geht, tatkräftig zu helfen. (…) Mit großer Achtung blickt das Konzil auf alles Wahre, Gute und Gerechte, dass sich die Menschheit in den verschiedenen Institutionen geschaffen hat und immer neu schafft. (…) Der Verband hat den Zweck seine Mitglieder in ihrer Sorge um den kranken Menschen aus dem Geiste christlicher Caritas zu beraten, zu fördern und zu vertreten (…)."

Aus: Leitbild der katholischen Krankenhausgesellschaft

„Ziele:

- den Menschen in seiner Würde schützen,
- solidarisch miteinander leben in einer Pluralen Welt,
- Verpflichtung über Grenzen hinweg.

Der Deutsche Caritasverband

- richtet sich in seinem Handeln nach den Grundsätzen der christlichen Sozialethik und der Soziallehre der Kirche,
- erbringt seine Leistungen bedarfs- und sachgerecht,
- leistet seine Dienste professionell,
- erbringt seine Leistungen umweltgerecht,
- arbeitet unternehmerisch,
- setzt auf Zusammenarbeit,
- bekennt sich zu Offenheit und Erneuerung."

Aus: Leitbild des Deutschen Caritasverbandes

„Dem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Handeln möge der Leitsatz dienen: Unterstütze den kranken Menschen darin,

- seine individuellen Möglichkeiten zu verwirklichen,
- die ihm eigenen gesundenden Kräfte zu verstärken,
- sich mit seinem erkrankten Seelisch-Leiblichen auseinander zu setzen und
- mit seinem Schicksal und seiner Umwelt neue Verwirklichungsmöglichkeiten zu erlangen."

Aus: Leitbild des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe

„Grundlage unserer Arbeit ist die Überzeugung, dass der Mensch sich zu Freiheit und Selbstverantwortung hin entwickeln kann. Die Achtung menschlicher Würde ist dabei Voraussetzung. Das Motiv der Freiheit gründet auf dem Interesse für den Anderen und respektiert den freien Willen des Menschen."

Aus: Leitbild der Friedrich-Husemann-Klinik

„Unser pflegerisches Tun wird angeregt durch ein Menschenbild, das dicht wie Arbeit an der Anthroposophie entsteht. Dadurch kann der Mensch als ein Wesen wahrgenommen werden, in dem Geistiges, Seelisches und Leibliches zusammenwirkt. Das menschliche Leben ist vom Gesichtspunkt der Anthroposophie aus in das vergangene und zukünftige Leben eingebettet. Gesundheit, Krankheit und Tod sind somit in einem größeren Zusammenhang zu sehen. Unser Bemühen ist es, außer dem Sichtbaren auch das Unsichtbare des Menschen einzubeziehen."

Aus: Pflegeleitbild der Pflegenden des Parcelsus-Krankenhauses Unterlengenhardt

„Zusätzlich zur allgemeinen Standesethik liegt der ärztlichen Ethik das philosophische Hauptwerk Rudolf Steiners zugrunde: Die Philosophie der Freiheit. Grundzüge einer modernen Weltanschauung, in der die Konzeption des ethischen Individualismus im Mittelpunkt stehen sowie ein Menschenbild, das die ewige Individualität des Menschen anerkennt – auch in einem kranken und behinderten Körper."

Aus: Medizinische Sektion am Goetheanum, Position der anthroposophischen Medizin

„Die WELEDA versteht sich als Ort menschlicher Entwicklung an gemeinsamen Aufgaben. Es entspricht der Achtung vor dem Menschen, dass jeder in seinen Anliegen wahrgenommen und ernst genommen wird. Demgemäß soll die Sozialstruktur ermöglichen, dass alle in ihrem Aufgabengebiet zu den Urteils- und Entscheidungsprozessen beitragen können."

Aus: Leitbild der WELEDA-Gruppe

„Unterstütze den kranken Menschen darin, seine individuellen Möglichkeiten zu verwirklichen, und in der Auseinandersetzung mit seinem kranken Leib, seinem Schicksal und der Umwelt neue Verwirklichungsmöglichkeiten zu erlangen."

Aus: Leitbild des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke

„Der Respekt vor der Würde des gesunden wie des kranken und beeinträchtigten Menschen und die Anerkennung seiner individuellen Biographie sind die Ausgangspunkte für eine Medizin und Versorgung, die zum Ziel, durch Prävention, Heilung, Linderung und Begleitung von Krankheit die Verwirklichung des einzelnen Menschen, seiner Autonomie und Entwicklung ebenso und ebenso die Fähigkeit zur Hilfe für den kranken und hilfebedürftigen Menschen zu fördern und zu unterstützen."

Aus: Präambel des Vertrages zum Träger integrierter Versorgung Ruhrgebiet

Aus den o. g. Zitaten ist zu ersehen: christliche, ethische und moralische Leitbilder, die sich bemühen, den Menschen in einer Ganzheit zu sehen, gibt es viele. Das Besondere eines anthroposophischen Leitbildes kann der Freiheitsmoment sein, verbunden mit der daraus resultierenden freien Individualität sowie der Reinkarnationsgedanke (Vorgeburtlichkeit). Das bedeutet: ein anthroposophisches Leitbild ist nicht zustande gekommen, wenn bestimmte Kriterien vorliegen oder bestimmte Handlungen ausgeführt werden (auch nicht Wickel, Massagen oder Heileurythmie). Aus der individuellen Geistesgegenwart entsteht dieser Moment der freien individuellen Begegnung. Dieser Punkt ist - wie das Ich des Menschen auch - unsichtbar. Versucht man ihn zu beobachten, entzieht er sich zunächst in seiner Unmittelbarkeit. Das ist so ähnlich, wie wenn man versuchen will, im Kühlschrank zu beobachten, ob das Licht ausgeht! In diesem Moment, indem man darüber nachdenkt, was Qualität ist und wie sie entsteht, ist man sich bewusst geworden, dass die Qualität bedroht oder entschwunden ist. Dies ist das Problem der gesamten Qualitätssicherungsprogramme. Qualität verliert sich in dem Moment, in dem das Bedürfnis entsteht, sie festzuschreiben. Wenn wir darüber nachdenken, ob wir qualitativ gut arbeiten, haben wir dies zunächst hinterfragt. Wenn hier stehen würde: „Die anthroposophische Ärzteschaft lehnt körperliche Gewalt als Kommunikationsmittel ab", wäre dies zwar sachlich richtig, würde aber bedeuten, dass wir uns vorher darüber Gedanken gemacht hat, ob gewalttätige Auseinandersetzungen nicht vielleicht doch in Frage kommen!

Aus der scheinbar kleinen, oft kaum wahrnehmbaren geistigen Unmittelbarkeit in der individuellen Begegnung kann daher nur sekundär mit den genannten Einschränkungen ein Leitbild entstehen. Dazu gehören viele andere Überlegungen, z. B. nicht nur „Was ist das Besondere an einer anthroposophischen Arztpraxis?", sondern auch „Was ist das Unspektakuläre, das Nicht-Besondere, das Begegnungsfähige an einem anthroposophische Sozialorganismus?"

Diese Fragen haben uns dazu geführt, ein Leitbild als etwas Individuelles, Praxisbezogenes zu sehen, das dadurch entsteht, dass wir „das Gute wollen“ im Sinne von Erich Kästner:

„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es!“

1.2 Beispiel für ein konkretes Praxisleitbild

Wir achten die Würde eines jeden Menschen. Ihm helfen wir Leid und Krankheit zu überwinden um damit seine Entwicklung zu unterstützen. Dabei sehen wir die Wahrung der informationellen Persönlichkeitssphäre als unveräußerliches Gut.

Wo Heilung nicht möglich ist, versuchen wir den therapeutischen Weg zu finden, der die Erkrankung lindert und Leben würdig gestaltet.

Motto für unser Team

Wir ziehen alle an einem Strick

So wir gestalten wir unser Praxisklima:

Mitarbeiter zu Mitarbeiter

- wir informieren offen einander,
- wir unterstützen einander,
- wir respektieren einander,
- wir tragen zu einem positiven Arbeitsklima bei.

Mitarbeiter zu Patient

- wir begrüßen - verabschieden den Patienten,
- wir sind informiert,
- wir sind hilfsbereit,
- wir sehen den Patient als Partner,
- wir sehen den Patient als Hilfesuchender,
- wir sehen den Patient in seiner Not.

Mit dem Kopf des Patienten denken

mit dem Herz des Patienten fühlen

Verantwortliche zu Mitarbeitern

- wir informieren offen,
- wir schenken Vertrauen,
- wir kennen und fördern die Fähigkeiten unserer Mitarbeiter,
- wir übergeben Verantwortung,
- wir geben Anerkennung.

1.3 Stichworte für ein Leitbild

Anthroposophische Medizin ist ganzheitliche und individuelle Humanmedizin

- Erweiterung der naturwissenschaftlichen Medizin um den Bereich des Lebendigen, des Seelischen und des Geistigen,
- Menschlichkeit in der Medizin.

Der Patient als Subjekt in der Medizin

- „mündiger Patient“, „Freiheit“,
- Würde des gesunden und des kranken Menschen,
- Selbstbestimmung, Autonomie,
- Selbstverwirklichung in Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit und Krankheit

- Salutogenese / Prävention anregen,
- Krankheiten behandeln, lindern, begleiten.

Zusammenarbeit

- Im Praxisteam, in regionalen Qualitätszirkeln, in überregionalen Verbänden (ANÄ, GAÄD).

Teilnahme am gesundheitspolitischen Diskurs

- Mitgestaltung zur Verankerung der Anthroposophischen Medizin im Gesundheitssystem.

(siehe auch Präambel des DAMID vom 29.10.2003)

1.4 Ideelle Arbeitsbedingungen

Zielsetzung und Leitbild

- helle und warme Praxisräume,
- ruhige Behandlungszimmer,
- schöne und ordentliche Praxis,
- Kinderwartezimmer,
- Isolierzimmer für ansteckende Krankheiten,
- gute Organisation zwischen der eigentlichen Untersuchung, z.B. Wartezeit und Vorbereitung der Patienten auf eine ärztliche Untersuchung,
- für jede Mitarbeiterin einen eigenen Arbeitsplatz,
- PC und Büromöbel ergonomisch aufstellen,
- gute Arbeitsplanung,
- angemessenes Arbeitspensum, möglichst Stress vermeiden,
- Wartezeit durch Terminplanung verringern,
- harmonischer Praxisablauf,
- Planung der Sprech- und Arbeitszeiten,
- einhalten von (Mittags-) Pausen.

Atmosphäre

- freundliche, humorvolle und offene Stimmung,
- Wahrnehmung der Patienten,
- gute Mischung des Patientenklientels,
- strukturierte Praxis,
- Umgang untereinander.

Umgangsreflektion (Praxisteam und Patienten)

- Umgang fördern im Praxisteam durch Betriebsausflüge, persönliche Wahrnehmung, Interesse,
- konstruktive Lösungen durch Gespräche finden,
- geistesgegenwärtige Wahrnehmung (intern und extern),
- immer im Gespräch bleiben,
- Vorsicht vor festgefahrenen Regeln,
- Einrichtung eines Kummerkastens,
- konstruktive Lösungen durch Gespräche finden,
- geistesgegenwärtige Wahrnehmung (intern und extern),
- immer im Gespräch bleiben,
- Vorsicht vor festgefahrenen Regeln,
- Einrichtung eines Kummerkastens.

2 Patienten

2.1 Kontakt

Sabine Goos
Jens Uwe Goos

2.1.1 Praxisablauforganisation

Arzt - Patienten - Kontakt

- Persönlich:
  - Patienten in der Reihenfolge der Karten aus dem Wartezimmer ins Sprechzimmer holen,
  - kurze Kontakte u. U. in der Rezeption. Gespräch, u. U. Untersuchung, Therapie,
  - Gegebenenfalls Anweisung für die Helferin, bzw. neuer Termin.
- Telefonisch:
  - Helferin bringt die Karte,
  - Gesprächsnotiz, Ordination, u. U. Terminvereinbarung (Helferin),
  - Notwendige Hausbesuche rot in den Terminkalender eintragen.

Patientenkontakt

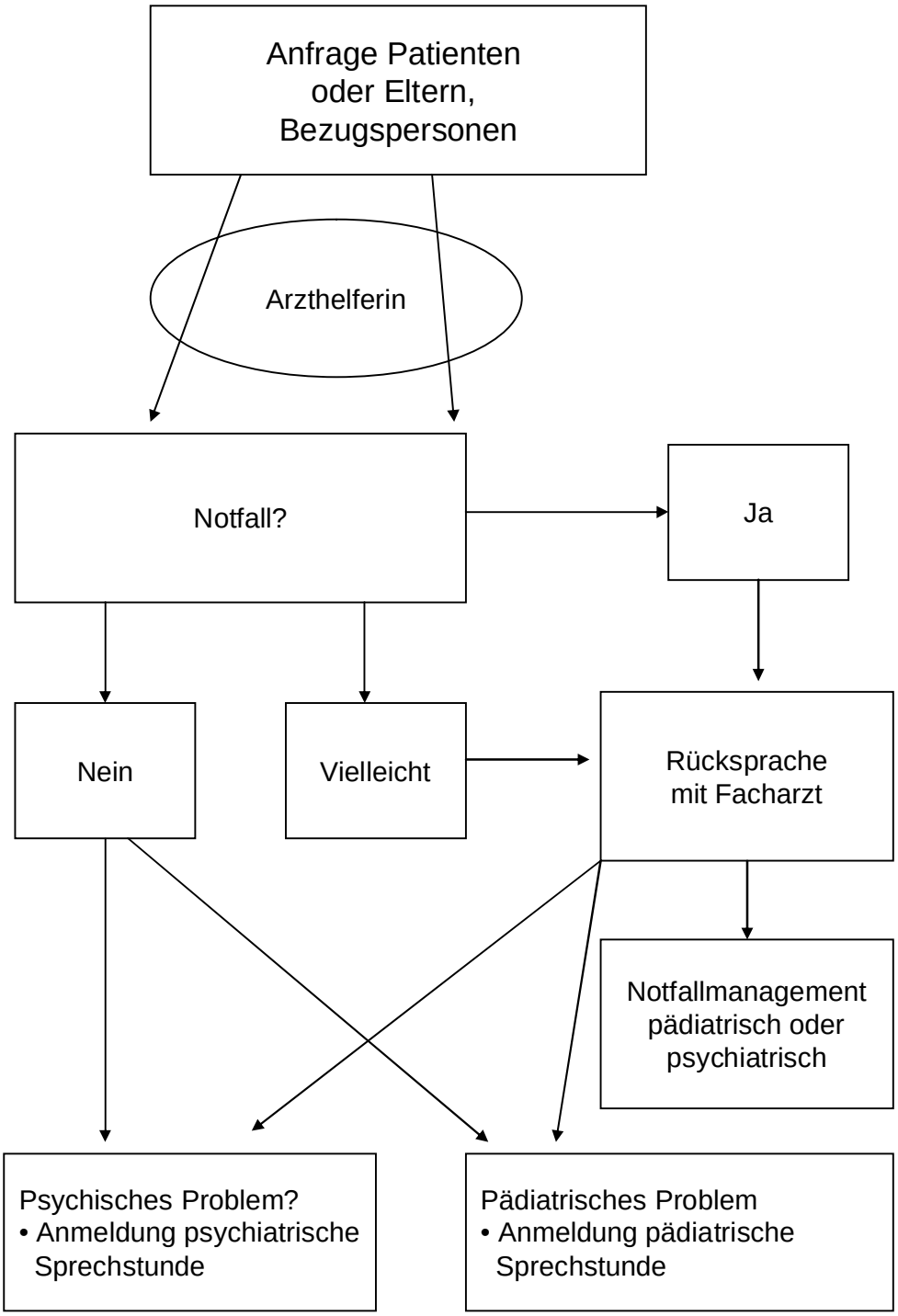
- Spontanzugang (ist die Ausnahme):
  Es wird die Dringlichkeit geprüft, evtl. Rücksprache, Terminvergabe.
- Patient ruft an:
  - Helferin/ Arzt/Ärztin begrüßt, stellt fest:
  - Zuordnung Name (b. Bed im PC gucken).
- neuer Patient
  - Name, Tel.-Nr. notieren.

Anliegen

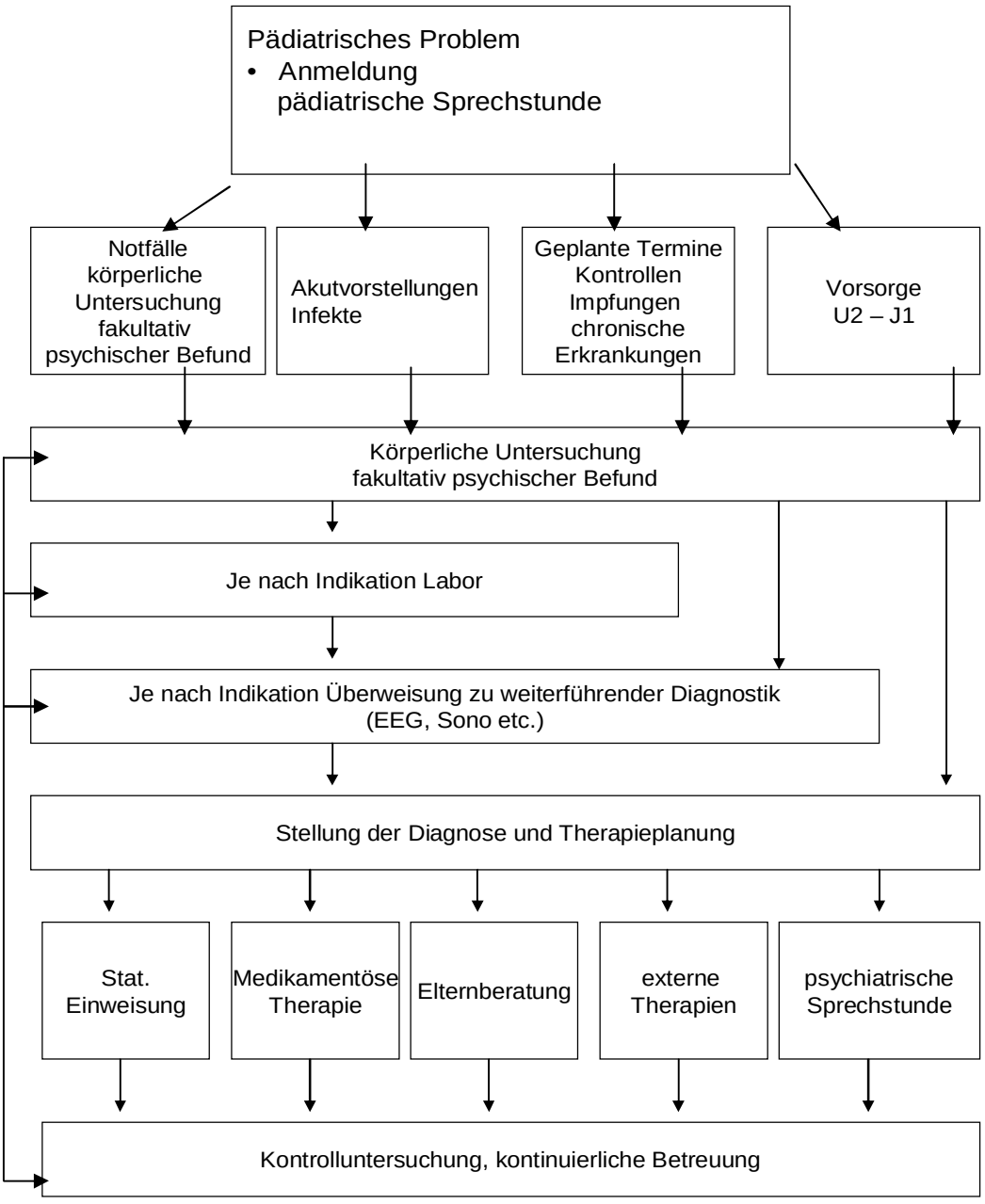
- Rezept/Überweisung
  - Quartalsstatus erfassen,
    evtl. Nachprüfen, oder Nachfrage der Berechtigung,
  - bei Überweisung zudem richtungweisende Diagnose,
  - Klärung des Weges zum Patienten.

- Möchte Arzt sprechen
    - Karte richten,
    - Quartalsstatus prüfen;
    - Nachfrage ob durchzustellen, oder wann/wie Arztkontakt sein soll.
- Möchte Termin
    - Terminplanung mit orientierender Erfassung der Dringlichkeit des Zeitaufwandes, evtl. der Infektiosität.

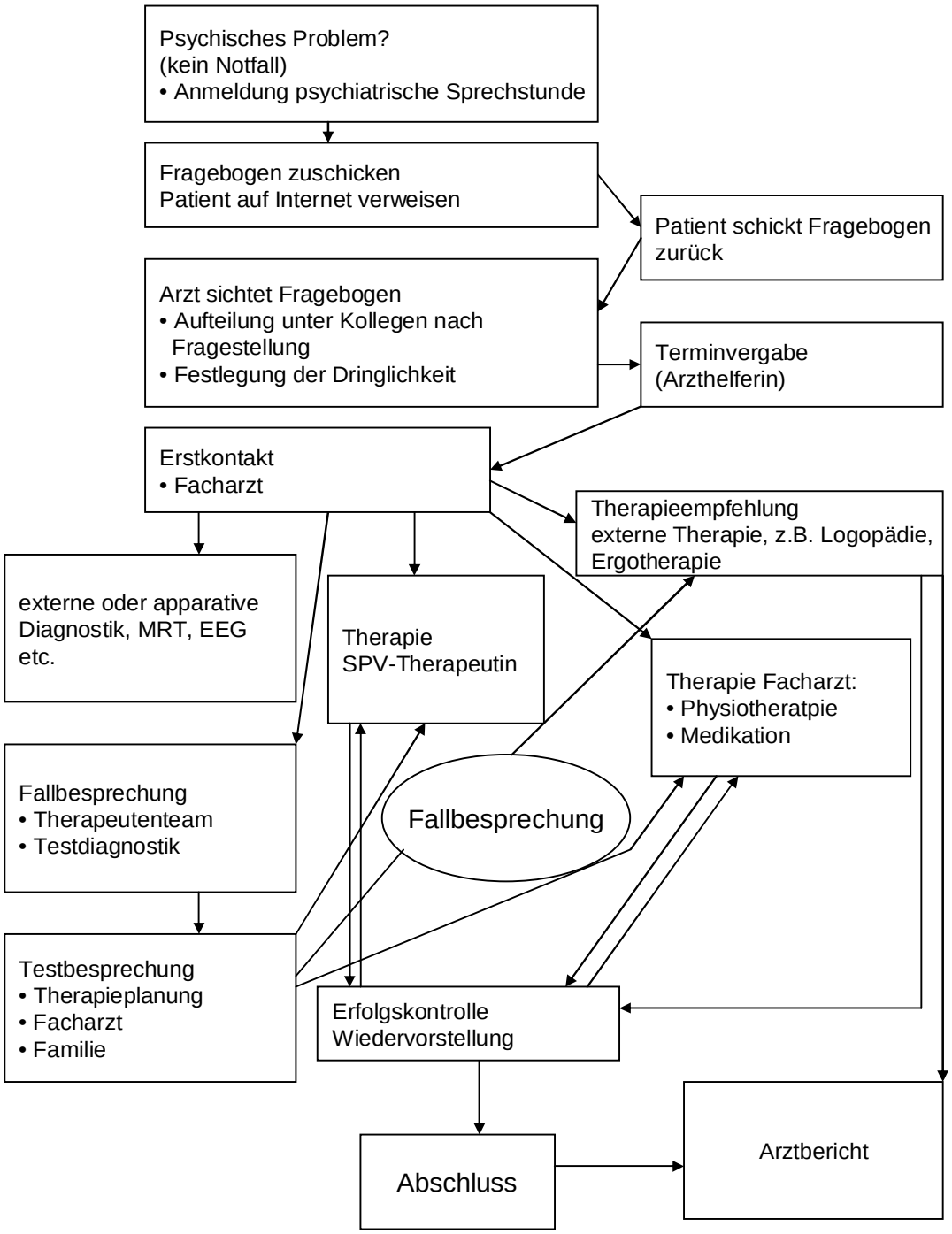
2.1.2 Ablauf der Anmeldung in der pädiatrisch-kinderpsychiatrischen Praxis



2.1.3 Ablauf Diagnostik und Therapie in der pädiatrischen Sprechstunde



2.1.4 Ablauf Diagnostik und Therapie in der kinderpsychiatrischen Sprechstunde



2.1.5 Praxisablauf in der gynäkologischen Praxis

Patientin kommt an die Rezeption:

- Begrüßung:
  - bestellt,
  - spontan,
    sichten, ob sofortiger Termin nötig/ möglich ist.

Kassenpatientin

- neu :
  - Chipkarte einlesen/(Ersatzverfahren),
  - Adresse bestätigen lassen,
  - Telefon Nummer erfragen,
  - Praxisgebühr (quittieren)/Überweisung (in PC eingeben),
  - Befreiung (Nachweis prüfen, in PC eingeben) u. U. Stundung vereinbaren,
  - Mahnung mitgeben,
  - Karteikarte / Behandlungsschein drucken,
  - Recall erfragen,
  - Infoblätter,
  - Auftrag klären.
- quartalsneu:
  - Chipkarte einlesen/(Ersatzverfahren),
  - Adresse bestätigen lassen,
  - Telefon Nummer erfragen,
  - Praxisgebühr (quittieren)/ Überweisung (in PC eingeben),
  - Befreiung (Nachweis prüfen, in PC eingeben) u.U. Stundung vereinbaren,
  - Mahnung mitgeben,
  - Karteikarte richten,
  - Recall sichten,
  - Infoblätter,
  - Auftrag klären.
- wdh-Kont.:
  - Nachweis sichten,
  - Auftrag klären.
- Vertretung:
  - Chipkarte, Gebühr,
  - Nachweise wie oben,
  - Vertretungsschein anlegen
    mit Arzt Dauer und Auftrag klären.

Privatpatientin

- neu:
  - Aufnahmebogen ausfüllen und unterschreiben lassen,
  - Versicherungsdaten eingeben, wenn vorhanden, über Karte,
  - Recall erfragen,
  - Karteikarte anlegen,
  - Auftrag klären.
- wdh
  - Versicherungsstatus und Adresse bestätigen lassen,
  - Recall sichten,
  - Auftrag sichten.

Alle Patientinnen sind in der Tagesliste eingegeben

- Kurative Behandlung,
- Krebsvorsorge,
- Kontrazeption,
- Mutterschaftsvorsorge,
- Wdh-Rezepte, Überweisungen, geklärte Bescheinigungen,
- IGeL mit eigenem Zeitbedarf.

Kurative Patientin

- Aufnahme ist erfolgt,
- Patientin in PC-Tagesliste aufgenommen,
- Reihenfolge festlegen,
- Karte/Vertretungsschein/ Notfallschein ist gerichtet,
- Patientin ist im Wartezimmer.

Arzt holt Patientin ins Sprechzimmer

- evtl. (tel.) Anweisung Rp, Formular, Bescheinigung, etc.

Patientin kommt mit Anweisung, oder mit Arzt an die Rezeption:

- Rezept, Überweisung(en), Einweisung ,Terminvereinbarung, AU, Anwesenheits-bescheinigung, Attest.

Verabschiedung

- Je nach Status der Helferin:
  - Sie trägt die Ziffern und Diagnosen in den PC ein,
  - die Karten werden gestapelt.

In jedem Fall müssen alle Patientinnen in der Tagesliste aufgeführt werden.

Erst nach Kontrolle, oder PC-Eintrag von Arzt werden die Karten einsortiert.

Krebsvorsorgeuntersuchung: ab 20 J. einmal jährlich , Recall ist erfragt

- Die Patientin ohne Praxisgebühr wird über den begrenzten Umfang der KV informiert.
- Der präventive, kostenpflichtige Ultraschall wird geklärt, b. B. bezahlt, quittiert und in der Karte markiert.
- Das Formular (Kasse oder Privat) wird ausgestellt.
- Das Datum und die Labornummer der letzten Untersuchung werden eingetragen.
- Ab 50J. wird Blutdruck gemessen, in das Formular und die Karte eingetragen.
- Ab 55 wird (alle 2Jahre, nach Coloskopie erst nach 10Jahren wieder) Stuhlbriefe ausgegeben. Wer den Präventtest haben möchte, muss ihn bar bezahlen (nur Kassenpatienten, Privatpatienten in der Karte markieren).
- Der Mattrandobjektträger wird mit Bleistift beschriftet, Name, Vorname, Geb-Datum.
- Wenn Thinprep gewünscht ist, entsprechende Formulare ausfüllen (Unterschrift IGeL,) Barbezahlung, Quittung, bei Privatpatientin auf Begleitformular ankreuzen.
- Zum Thinprep gehört ein besonderer Transportbehälter und ein besonderer Entnahmespatel.
- Die Patientin wartet im Wartezimmer.

Der Arzt holt die Patientin ins Sprechzimmer
meistens gibt es auch kurativ etwas zu klären.

Die Patientin kommt mit Anweisung, oder Arzt zur Rezeption:

- (Rezept, Überweisung, Sonogebühr, Attest , Termin,etc).

Die Patientin wird verabschiedet.

Kontrazeption:

Der Status ist überprüft

- Zur Untersuchung alle 6 Monate kommen alle Frauen mit hormoneller Kontrazeption und, in der Regel, mit IUP.
- Nur in Zusammenhang mit Untersuchung ist ein 6-Monate –Rezept möglich.
- Frauen unter 20 Jahre können (Kassenrezept, budgetiert) nur 3-Monats-Rezepte bekommen, ebenso Nuva-Ring nur 3 Monate (Lagerungsfrist).
- Das Rezept wird, wenn keine Änderung vorliegt, ausgestellt und zur Karte gelegt.
- Der präventive, kostenpflichtige Ultraschall ist einmal jährlich empfohlen (Ovarienkontrolle, IUP-Kontrolle).
- Vertretungspatientinnen erhalten Rezepte maximal für 3 Monate, unter 20-Jährige nur für 1 Monat.
- Rezepte für 3 Monate, ohne Kontroll- und Besprechungsbedarf (siehe unter Rezepte).
- Besprechungs- und Untersuchungsbedarf bei Problemen wird geklärt.
- Beratungen und Neueinstellungen zu Verhütung werden durchgeführt, u. U. auch zunächst ohne Untersuchung- die wird dann vereinbart.
- Über Vorgehensweise bei Intrauterinpessar legen, planen, abrechnen gibt es ein Extrablatt.
- Die Patientin wartet im Wartezimmer.

Der Arzt holt die Patientin ab ins Sprechzimmer

- Bei Bedarf gibt es evtl. tel. Anweisung.

Die Patientin kommt mit Anweisung oder Arzt zur Rezeption.

- (Rezept, Sonogebühr, Termin, Formular).

Die Patientin wird verabschiedet.

Mutterschaftsvorsorge

Der Status ist geklärt, die Patientin ist bei Bedarf aufgeklärt über die Begrenzung der MUV ohne Praxis-Gebühr/ Überweisung, ebenso über Ultraschalluntersuchungen außerhalb der Richtlinien, der Wunschschall ist vorab bar zu vergüten, zu markieren und zu quittieren.

Erstuntersuchung

- Die Anweisung zur Erstuntersuchung gibt der Arzt.
  - Dazu gehört ein ausgedrucktes Verlaufsblatt. Wenn der E.T. (Entbindungstermin) festgelegt ist, wird er in den P.C. eingegeben.
  - Die Laboruntersuchung zur Erstuntersuchung beinhaltet: Blutgruppe, Antikörper, Lues-Such-Reaktion, Rötelntiter, optional HIV-Test, ein präventiver Laborschein mit Ausnahmeziffer, ein beschriftetes Serumröhrchen.
  - Außerdem einen Chlamydienabstrich (ebensolcher Laborschein) Abstrichträger müssen am Arztarbeitsplatz vorhanden sein.
  - Der Mutterpass wird in der Regel vom Arzt ausgestellt, wenn die Schwangerschaft gesichert ist, die Labordaten eingeklebt werden.
  - Die Helferin bestimmt, wie bei den Folgeuntersuchungen, RR, Gewicht, Urinstix, Hb (u.U. nicht jedes Mal) in Verlaufsbogen und Mutterpass einzutragen.
- Folgeuntersuchungen.
  - Zunächst alle 4 Wochen, über 30.SSW alle 2 Wochen.
  - Vor Arztkontakt: RR, (Hb), Gewicht, Urin.
  - Über 30.SSW (oder nach Anweisung) CTG- Ableitung über 15-20Min.
- Weitere Untersuchungsergänzungen:
  - Bei rh-negativen Frauen 24.SSW Antikörpertiter
    (dazu Rezept über Rhesogam, das zur 28.SSW mitgebracht werden soll).
  - 34. SSW HBsAG (Laborschein, Serumröhrchen ,wie oben).
  - Sonographie-Screening ist vorgesehen um 10., 20., 30.SSW.
- Zu sichten ist, dass auch während der Schwangerschaft die Krebsvorsorge erfolgt. (Bei mir nicht im 1. Trimenon und möglichst nicht kurz vor Entbindung).
- Ansonsten rezeptfähige Medikamente, die nur auf Grund der Schwangerschaft verordnet werden, sind gebührenfrei. Im Einzelnen erfolgt eine Anweisung.
- Bei der Terminplanung sind die Zeiten, die die Mutterschaftsvorsorgen in Anspruch nehmen, zu berücksichtigen.
- Bescheinigungen:
  - ab SSW 33+0 : für Frauen im Angestelltenverhältnis: Mutterschaftsgeld,
  - ab ca. 12.SSW : Bescheinigung für Arbeitgeber (auf Wunsch, kostenpflichtig),
  - andere Bescheinigungen nach Absprache und Wunsch, in der Regel kostenpflichtig.

- Nachsorgeuntersuchung:
  - 6-8 Wochen nach Entbindung, (bis dahin gilt Gebührenbefreiung für schwangerschaftsgebundene Medikation).
  - Der Mutterpass wird gestempelt, Urin, Hb, RR, (Gewicht) untersucht, wie bei MUV, diese Werte in Karte und Mutterpass eingetragen.
  - Die ärztliche Untersuchung beinhaltet keinen pauschalen Ultraschall (IGeL), eine gynäkologische Untersuchung, Beratung und Hinweis auf Kontrazeption, bei Bedarf Beratung.
- Außerhalb dieser Termine sind vor und nach Entbindung kurative Konsultationen möglich.

Ansonsten Abläufe wie bei kurativen Patientinnen.

Wiederholungsrezepte, Überweisungen, geklärte Bescheinigungen

- Status klären:
  - Kasse,
  - privat,
  - im Quartal neu.

wdh-Besuch

- Chipkarte, PG/ÜW/Befreiung
- Rezept:
  - Rp-Wunsch im PC prüfen (Verordnung, Frequenz).
- Überweisungen:
  - an Hausarzt blanko, zur Mitbehandlung,
  - andere Fachrichtungen mit richtungweisender Diagnose, Mitbehandlung (bei Unklarheit Rücksprache mit Arzt).
- Bescheinigungen:
  - Anwesenheit wird auf Wunsch von der Helferin bescheinigt (Formular mit Kassenkopf, Zeiten eintragen),
  - Mutterschaftsgeld: SSW 33+0, entspr. Formular,
  - Andere nach Auftrag bzw. Rücksprache, in der Regel kostenpflichtig.
- Alles zur Unterschrift, mit beiliegender Karteikarte, dem Arzt vorlegen, der die Verordnung, den Inhalt prüft und entscheidet, ob er selbst aushändigt.

Die Patientin wird verabschiedet.

IgeL-Leistungen mit eigenem Zeitbedarf

- Mammasonographie (es liegt ein Flyer vor).
  - In der Regel Termine in Sondersprechstunde Donnerstags ab 15Uhr, aufschließend,
  - andere Termine gibt es nur nach Rücksprache,
  - am Empfang Bestätigung, dass es sich um eine Vorsorgeleistung handelt,
  - Einwilligungserklärung zur Unterschrift aushändigen, der Karte beifügen,
  - die Patientin zahlt am Empfang und erhält eine Quittung,
  - das Untersuchungsblatt für den Befund wird der Karteikarte beigelegt.
- Homöopathische Anamnese (es liegt ein Flyer vor)
  - Termine, nur nach Rücksprache, in der Regel dienstags 16Uhr, in Sonderfällen zu besprechen,
  - Einwilligungserklärung liegt der Karte bei, muss unterschrieben werden,
  - Folgeanamnesen sind, nach Rücksprache, während der Regelsprechzeiten möglich,
  - die Patientin bekommt eine Rechnung. Bei Kassenpatientinnen wird parallel eine private Maske angelegt mit Ausschließlichkeitsvermerk.
- Gespräche zur Biographiearbeit
  - nur nach persönlicher Vorbesprechung mit dem Arzt im Rahmen der Regel-sprechstunde, Terminplanung nach Rücksprache,
  - Einwilligungserklärung liegt vor,
  - es wird eine private Rechnung erstellt,
  - Paartherapie/ Sexualtherapie nur nach Vorbesprechung, Termine nach Rück-sprache, außerhalb der Regelsprechstunde,
  - Behandlungsvertrag liegt vor.
- Applikation von Intrauterinpessar oder Hormonimplantat
  - In der Regel werden kurzfristige Termine gegeben (wegen Menstruation),
  - die Applikation erfolgt grundsätzlich bei Menstruation (wenn es nicht vom Arzt ausdrücklich anders gesagt ist),
  - bei der Terminplanung ist eine halbe Stunde anzusetzen,
  - bei IUP ist zu klären/ bestätigen, um welche Art es sich handelt,
  - die Patientin wird gebeten, die Harnblase zu entleeren,
  - Mirena und Implanon sind vorab auf Privatrezept zu verordnen und von der Patientin mitzubringen,
  - ein Aufklärungsbogen zum Behandlungsauftrag liegt der Karte bei,
  - die Bezahlung erfolgt bar, nach Applikation, gegen Quittung,
  - eine Sonographiekontrolle 1-6 Wochen nach Applikation gehört zum Service (bei gesetzlich Versicherten),
  - weitere Kontrollen sind empfohlen, mindestens jährlich, kostenpflichtig.
- Zur IUP-Applikation liegt eine gesonderte Anweisung vor (Instrumente, Material).

2.2 Diagnose/Therapie in der Anthroposophischen Medizin

Grundelement der Anthroposophischen Medizin ist die persönliche Arzt-Patienten-Begegnung, um die verschiedenen Ebenen der menschlichen Existenz umfassend in einer individuellen Diagnose erfassen und in die Therapie einbeziehen zu können.

Die Anthroposophische Medizin erkennt die **naturwissenschaftliche Medizin** zur Erfassung der körperlichen, **physischen Ebene** des Organismus grundsätzlich an und bezieht den gesamten Bereich moderner Labordiagnostik und apparativer Untersuchungstechniken mit ein.

Sie erweitert darüber hinaus ihre Untersuchungen auf die höhere Ebene der **Lebens-Organisation**, durch die die physischen Stoffe und Prozesse des Körpers zu einem lebensfähigen Organismus zusammengefügt werden. Ihre Wirkung äußert sich in der Gesamtheit der sich primär selbst regulierenden physiologischen Vorgänge (u.a. Stoffwechsel, Wachstum, Regeneration) und bildet die Grundlage für die Entwicklung von **Gesundheit**. In Bezug auf diese Ebene steht die Anthroposophische Medizin in enger Beziehung zu einigen traditionellen medizinischen Konzepten, z.B. klassischen Verfahren der Naturheilkunde, der Homöopathie u.a., indem sie mit dem Organismus als Träger der **Selbstheilungskräfte** umgeht.

Im Sinne der Anthroposophischen Medizin kommt durch die Erlebnisfähigkeit des menschlichen Organismus eine weitere, eine **“seelische” Ebene** in Betracht, die sich in den letzten Jahrzehnten als **Psychosomatische Medizin** oder Anthropologische Medizin etabliert hat. Die „persönliche“ Seite des Patienten, sein Krankheitserleben, Befindlichkeit, Selbstbild, Ängste und Hoffnungen - die Gesamtheit seines aktuellen und vergangenen Innenlebens - hat Bedeutung bei der Entstehung von Krankheit ebenso wie im therapeutischen Prozess.

Darüber hinaus kommt beim Menschen über sein **Selbstbewusstsein** eine vierte, individuelle Ebene seiner Existenz zum Tragen, die sich in seiner Intentionalität, seiner Erkenntnisfähigkeit, in seiner **Biographie** als Lebenswerk äußert. Die Unantastbarkeit der Würde des Menschen, seine Autonomie, die Möglichkeit aus seinem Leben selber etwas zu machen, befähigt ihn, nicht nur Bestandteil der Natur zu sein, sondern sich zum Kulturschaffenden zu entwickeln.

Diese vier Organisationsebenen (Körper, Leben, Seele, Geist), die sich aus der Menschenkunde der Anthroposophie ergeben, sind bei einer ärztlichen Diagnostik und Therapie im Sinne der Anthroposophischen Medizin bei jedem Patienten in ihrer unterschiedlichen Bedeutung zu erfassen. Die Anthroposophische Medizin entwirft damit ein erweitertes Konzept für die Humanmedizin, indem sie verschiedene Bereiche der Medizin (z.B. Naturwissenschaftliche Medizin, Naturheilkunde, Psychosomatische Medizin) im Zusammenhang anwendet, um zu einem individuellen Patienten- und Krankheitsbild zu kommen. Sie versteht sich somit als eine bestimmte Form der “**Ganzheitsmedizin**”, die allerdings notwendig auf einer rationalen Differenzierung der menschlichen Organisation im obigen Sinne beruht.

Zur Entwicklung und Erhaltung von Gesundheit wirken die Organisationsebenen des Menschen je nach Alter mit unterschiedlicher Dominanz in einem lebendigen Gefüge zusammen und durchdringen sich. Krankheit entsteht, wenn dieses Zusammenwirken gestört wird und sich eine Unausgewogenheit ausbildet, die der Körper aus eigenen Regulationskräften nicht auffangen kann. Krankheit im Sinne der Anthroposophischen Medizin ist insofern keine willkürliche Störung eines physiologischen Geschehens, sondern sinn- und bildhaftes Geschehen im psychophysischen Kontext, das der Arzt nicht (nur) zu beseitigen hat, sondern dessen Entstehungsbedingungen er zusammen mit dem Patienten untersuchen muss, um gemeinsam individuelle therapeutische Perspektiven entwickeln zu können. **Der Patient ist** dadurch nicht Objekt medizinischer Maßnahmen, sondern wird mitverantwortliches, mitentscheidendes **Subjekt.**

2.2.1 Leitlinien/ Behandlungspfade einer anthroposophischen Therapie

Qualitätsziele:

Entwicklung von Behandlungsrichtlinien, die neben der reinen Pathologie die menschenkundliche Krankheitsphänomenologie in ihrem Zusammenspiel mit der individuellen Patientenkonstitution i. S. eines gestörten Gleichgewichtes der Wesensglieder berücksichtigen.

Krankheitstypus, aktuelle und prämorbide Konstitution, Organbezug und biographische Zeitgestalt.

Aus der erweiterten Zusammenschau Entwicklung einer ganzheitlichen Therapie:

- Arzneitherapie der „Schulmedizin“,
- Anthroposophische Arzneitherapie,
- Physiotherapie/Pflege,
- Heileurythmie,
- Künstlerische Therapie,
- Biographische Psychotherapie,

Schritte zur Umsetzung

- was ist zu tun?
  - Erarbeitung und Überprüfung o.g. Ziele im QZ anthroposophischer Ärzte (Einzelfallbesprechung, Entw. Allg. Krankheitsrichtlinien, Grundlagenarbeit, etc.).
- wer tut es?
  - Arzt - Erkenntnisse fließen in die praxisinterne Fortbildung ein.

Quellen und Informationen

- Internet-Zugänge zu Leitlinien der Medizin:
- www.awmf-leitlinien.de
- www.leitlinien.de
- www.patienten-information.de
- www.evidence.de (Universität Witten-Herdecke)

Im Rahmen der GAÄD findet eine fortlaufende Leitlinienarbeit statt, die in die Arbeit des QZ anthroposophischer Ärzte einfließt.

Die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland wird zu aktuellen medizinischen Themen, die eine individuelle, gute Entscheidungsfindung von Patient und Arzt erfordern, Leitlinien erstellen. Diese dienen als Orientierungs- und Entscheidungshilfe für den Arzt und sollen die verschiedenen Aspekte des Themas so aufbereiten, dass sachlich und rechtlich der freie Entscheidungsspielraum für Patient und Arzt herausgearbeitet wird. Diese Leitlinien werden zum Teil begleitet von einem Merkblatt für Patienten.

Nicht der Ersatz freier Entscheidungen durch Richtlinien einer Fachgesellschaft, sondern das Gegenteil wird angestrebt: die freie Entscheidung von Patient und Arzt zu fördern, die individuell für diesen Patienten, in dieser Situation die stimmige, als gut und authentisch empfundene, selbst verantwortete Entscheidung sein soll.

Als erstes wird eine Leitlinie und ein Merkblatt zum Thema Vitamin-K-Prophylaxe veröffentlicht. Bei diesem Thema treffen die Entscheidung nicht der Betroffene, sondern seine Eltern, gilt die Entscheidung nicht einer konkret therapeutischen Frage, sondern der Prävention eines extrem seltenen, aber schwerwiegenden Ereignisses. Dies macht den Umgang mit dieser Frage besonders schwierig, umso dringlicher erschien es, hier Eltern und Kollegen eine Handreichung für ihre Entscheidungsfindung anzubieten.

Alfred Längler
René Madeleyn
Bartholomeus Maris
Christoph Meinecke
Georg Soldner

2.2.2 Merkblatt Vitamin- K Prophylaxe

Merkblatt zur Vitamin K-Prophylaxe

Bitte möglichst bis zur Geburt, spätestens bis zur Vorsorgeuntersuchung U2 durchlesen - Fragen können mit dem Arzt besprochen werden.

Was ist Vitamin K?

Vitamin K ist ein Vitamin, das für das Gerinnungssystem des Blutes eine außerordentlich wichtige Rolle spielt. Es ist in allen Nahrungspflanzen und in der Milch, besonders reichlich in Blattgemüse, Salat, Kohl, Haferflocken und Maiskeim- oder Olivenöl enthalten. Der Bedarf eines jungen Säuglings an Vitamin K liegt normalerweise in der Größenordnung von 1 µg/Tag und ist für die allermeisten Kinder durch die Muttermilch gedeckt.

Das Problem

Kinder, die voll gestillt werden, erhalten weniger Vitamin K als Kinder, die mit Flaschennahrung oder früh mit Beikost ernährt werden. Dies führte dazu, dass in den Jahren vor Einführung einer generellen Vitamin K-Prophylaxe Blutungen und z.T. auch Hirnblutungen bei vollgestillten Kindern durch Vitamin K-Mangel beobachtet wurden. Ein Teil dieser Blutungen führte zu einer bleibenden Behinderung oder zum Tode des Kindes. Ohne Prophylaxe treten diese Blutungen bei ca. einem von 10.000 Kindern auf. Welche Kinder besonders gefährdet sind, ist nur schwer zu erkennen. Dies führte zu der Empfehlung, allen Kindern nach der Geburt, bei der 2. und bei der 3. Vorsorgeuntersuchung, jeweils 2 Tropfen Vitamin K à 1 mg zu geben. Die dabei gegebene Dosis entspricht dem 2000-fachen dessen, was ein Kind täglich über die Muttermilch erhält. Ein Teil dieser Dosis wird vom Kind bis zur nächsten Gabe gespeichert.

Spricht etwas gegen die offizielle Empfehlung zur Vitamin K-Prophylaxe?

Man kann sich die Frage stellen, ob es nicht einen Sinn hat, dass das Gerinnungssystem Neugeborener durch den vergleichsweise niedrigen Gehalt der Muttermilch an Vitamin-K langsam reift. Verzögerte Reifungsprozesse sind vielfach eine Besonderheit der menschlichen Entwicklung.

Tierexperimentielle Untersuchungen weisen darauf hin, dass z.B. ein extrem niedriger Gehalt des embryonalen Blutes an Vitamin K vor Chromosomen-Brüchen schützt, auch gibt es Hinweise, dass Vitamin K die Tumorabwehr hemmt.

In einer englischen Studie hatten Kinder, die 1 mg Vitamin K nach der Geburt gespritzt bekommen hatten ein mehr als doppelt so hohes Risiko, später an einer Krebserkrankung zu erkranken, als Kinder die kein Vitamin K oder dieses nur in Tropfenform bekommen hatten. In späteren Studien konnte dieser Zusammenhang nicht mehr bestätigt werden. Dennoch sollte bedacht werden, dass es bei der jetzt gegebenen Dosis sich um eine unnatürlich hohe Dosis handelt, auch wenn dadurch bisher keine Nebenwirkungen bekannt geworden sind. Deshalb, und weil es noch offene Fragen zur Bedeutung von Vitamin K für den menschlichen Organismus gibt, wollen wir gemeinsam mit Ihnen zu einer individuellen Entscheidung bezüglich der Anwendung von Vitamin K kommen.

Welche anderen Möglichkeiten gibt es?

- Nach Erfahrungen in Holland ist die tägliche Gabe von 25 µg Vitamin K entsprechend 2 Tropfen einer verdünnten Vitamin K-Lösung, (Bezugsquelle siehe Unten) verbunden mit einer einmaligen hochdosierten Gabe von 1 mg direkt nach der Geburt vergleichsweise effektiv wie die deutsche Empfehlung. Bei diesem Vorgehen sind in Holland Blutungen durch Vitamin-K-Mangel extrem selten und bisher nur bei Kindern mit einer Störung des Gallenflusses beobachtet worden. Die tägliche Gabe von Vitamin K ist natürlicher als die dreimalige Gabe einer stark überhöhten Dosis. Es muss dabei bedacht werden, dass das Kind täglich immer noch etwa die 20-fache Vitamin K-Menge zu dem bekommt, was die Muttermilch enthält.
- Viele der Eltern in anthroposophischen Praxen und Kliniken haben sich seit Jahren für diese niedrig dosierte Prophylaxe ohne die hohe Anfangsdosis entschieden. Denn es scheint uns nicht wahrscheinlich, dass die hochdosierte Gabe von 1 mg nach der Geburt, wie sie in Holland gegeben wird, primär für die dortigen Ergebnisse entscheidend ist.
- Falls Sie sich gegen eine Vitamin K-Prophylaxe in Tropfenform entscheiden, gibt es die Möglichkeit, durch reichlichen Verzehr von Haferflocken, frischem Blattsalat, Blattgemüse, Möhren, verträglichen Kohlsorten wie Brokkoli oder Verwendung von Maiskeimöl oder Olivenöl als Speise- und Salatöl den Gehalt der Muttermilch an Vitamin K mehr als zu verdoppeln. Bei dieser Art der Prophylaxe ist vermutlich der Schutz vor einer Blutung nicht so groß wie bei der Gabe der Vitamin K-Tropfen; Überdosierungen sind damit ausgeschlossen.

Worauf muss besonders geachtet werden?

In den ersten Lebensmonaten sollte jede Blutung beim Kind, also z.B. Punktblutungen, Nasenbluten, Blutauflagerungen auf dem Stuhl oder auffällige Blutungsflecke an der Haut zum Anlass genommen werden, das Kind so schnell wie möglich einem Arzt vorzustellen. Außerdem sollte eine länger anhaltende Gelbsucht als möglicher Hinweis auf eine Störung des Gallenflusses sowie eine ungenügende Gewichtszunahme ernst genommen und ärztlicherseits abgeklärt werden.

Rezeptur: Vitamin K1 – ölige Tropfen 12,5 µg/Tropfen 20 ml
Rp. Phytomenadion (PHEOR) 6,26 mg
Oleum amygdalarum ad 20,0

Dosierung: Täglich 2 Tropfen vor einer Stillmahlzeit über 12 Wochen gegeben.

Jede Apotheke muss und kann diese Rezeptur herstellen

Eine darin erfahrene Apotheke ist:

See-Apotheke

Obere See-Str. 17

88085 Langenargen

Tel. 07543/93130

Fax 075439/31333

E-Mail: see-apo.la-barbara-massag@t-online.de

Quellen und Informationen

Madeleyn R. et al. GAÄD-Leitlinie zum Vorgehen bei der Vitamin-K-Prophylaxe im Säuglingsalter. Merkurstab 1/2007 Herausgeber: Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V., Roggenstraße 82, 70794 Filderstadt Tel. 0711-7799711 E-Mail info@anthroposophischeaerzte.de in Kooperation mit der Medizinischen Sektion am Goetheanum, CH-4143 Dorna

Stand Januar 2007

Dieses Merkblatt und andere, stehen als Download zur Verfügung unter www.anthroposophische-aerzte.de oder können bei der GAÄD-Geschäftsstelle gegen eine Schutzgebühr bestellt werden.

Dieses Blatt wurde Ihnen überreicht von:

Alfred Längler
René Madeleyn
Bartholomeus Maris
Christoph Meinecke
Georg Soldner

2.2.3 Leitlinien Vitamin - K Prophylaxe

GAÄD-Leitlinie zum Vorgehen bei der Vitamin-K-Prophylaxe im Säuglingsalter

Vitamin K ist eine fettlösliche Substanz, die als Co-Enzym die für die Blutgerinnung notwendigen Faktoren II, VII, IX und X aktiviert. Es ist ebenso notwendig für die Bildung von Osteocalcin, einer Substanz der Knochenmatrix mit einer hohen Affinität zu Apatit. So fördert Vitamin K wie das ebenfalls fettlösliche Vitamin D die Bildung von mineralischer Knochenmasse; neuere Arbeiten weisen darauf hin, dass hohe Dosen von Vitamin K zu einer erhöhten Knochendichte führen. Der Schwerpunkt der Vitamin-K-Wirksamkeit liegt in seiner Schlüsselrolle bei sogenannten Carboxylierungsreaktionen; die Richtung seiner Wirksamkeit liegt darin, den Übergang von einem flüssig-beweglichen in einen physisch-fixierten Zustand zu fördern. Auch Atherocalcin ist ein Vitamin-K-abhängiges Protein: "Wahrscheinlich steht Atherocalcin im Zusammenhang mit der Entstehung der Atherosklerose".

Bemerkenswert ist der relativ niedrige Gehalt menschlicher Muttermilch an Vitamin K, der übereinstimmt mit der beim Menschen gegenüber den Primaten verlängerten Kindheitsdauer und retardierten Ossifizierung (vgl. z.B. den beim Menschen sehr viel später erfolgenden Fontanellenschluss, der gleichzeitig erst das menschliche Wachstum des Großhirns z.B. gegenüber dem Schimpansen ermöglicht).

Bei voll gestillten Säuglingen im Vergleich zu künstlich ernährten Kindern treten bei ca. einem von 10.000 Kindern Blutungen, in ca. einem Drittel der Fälle bedrohliche Hirnblutungen mit der Folge des Todes oder einer lebenslangen Behinderung auf. Besonders niedrige Vitamin-K-Konzentrationen können in der Muttermilch auftreten bei Fehl- und Unterernährung, durch Einnahme lebertoxischer Arzneimittel und Laxantien, Antibiotika und Erkrankungen an Leber, Galle und Darm der Mutter. Vitamin-K-Resorptionsstörungen beim Säugling können die Folge subklinischer (unbemerkter) Gallensekretionsstörungen sein.

Funktionsschwächen und toxische Belastungen des Leber-Galle-Systems von Mutter und Kind stehen im Focus der Genese von Vitamin-K-Mangelblutungen. Eine befriedigende präventive Diagnostik von Vitamin-K-Mangel gestillter Säuglinge konnte bisher nicht etabliert werden.

Obwohl ein Neugeborenes mit extrem niedrigen und kaum messbaren Vitamin-K-Spiegeln auf die Welt kommt, kommt es in aller Regel dennoch bei den meisten Kindern zu keinen Blutungen, es herrscht sozusagen ein Gleichgewicht gerinnungshemmender und gerinnungsfördernder Faktoren auf niedrigem Niveau. Tierexperimentelle Untersuchungen weisen darauf hin, dass der scheinbare Vitamin-K-Mangel intrauterin möglicherweise vor Chromosomenbrüchen schützt. Um gestillte Säuglinge vor Vitamin-K-Mangelblutungen zu bewahren wurde in Deutschland zunehmend ab 1980 empfohlen, allen Neugeborenen 1 mg Vitamin K nach der Geburt i.m. zu spritzen. Diese Dosis entspricht dem 1000-fachen des täglichen physiologischen Bedarfs und führt vorübergehend zu exzessiv erhöhten Vitamin-K-Spiegeln im Blut des Kindes. Alternativ wurde eine 1-3 malige orale Prophylaxe mit derselben, später der doppelten Dosis empfohlen. Nach Publikationen von Golding und Mitarbeitern ergab sich der Verdacht, dass durch diese Vitamin-K-Prophylaxe für die betroffenen Kinder ein zweifach erhöhtes Risiko bestand, im Laufe der folgenden Jahre an

Leukämie und anderen Malignomen zu erkranken. Daraufhin wurde 1992 die hochdosierte parenterale Vitamin-K-Prohylaxe in Deutschland aufgehoben und auf Hochrisikokinder (Frühgeborene, Kinder mit kompletter parenteraler Ernährung, Kinder mit Cholestase) beschränkt. In weiteren Studien konnte der Zusammenhang zwischen parenteraler Vitamin-K-Gabe und erhöhtem Malignom-Risiko nicht bestätigt jedoch auch nicht sicher ausgeschlossen werden. Nicht zuletzt deshalb bleibt die Frage offen, ob es gerechtfertigt ist, eine unphysiologische und hochdosierte Vitamin-K-Prophylaxe, auch in der jetzt in Deutschland propagierten Form mit 3x2 mg bei der ersten, zweiten und dritten Vorsorgeuntersuchung oral durchzuführen. Erfahrungen mit einer niedriger dosierten Prophylaxe, allerdings verbunden mit einer einmaligen Gabe von 1 mg nach der Geburt zeigen in Holland, dass solche Kinder ähnlich gut vor Vitamin-K-Mangelblutungen geschützt sind wie Kinder, die eine hochdosierte orale Prophylaxe bekommen.

Eine weitere physiologische Möglichkeit, die Vitamin-K-Zufuhr für das Kind zu erhöhen, ist dadurch gegeben, dass die Muttermilch bei Vitamin- K-reicher Ernährung mit Haferflocken, Olivenöl, viel Gemüse, insbesondere Blattgemüse, Karotten und gut verträglichen Kohlsorten etwa doppelt so viel Vitamin K enthält wie ohne eine derartige Ernährungsform.

Aus der anthroposophischen Menschenkunde, insbesondere aus der Darstellung Rudolf Steiners im 16. Kapitel des Buches „Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen“ können wir schließen, dass das Gleichgewicht auf niedrigem Niveau im Gerinnungssystem des Neugeborenen Kräfte fördert, durch die der kindliche Organismus, insbesondere das Blutsystem sich der Ich-Organisation leichter unterordnen kann. Es handelt sich um eine Reifungsverzögerung mit damit verbundenen Labilitäten, wie wir sie als typisch für die menschliche Entwicklung ansehen können. Gerade dadurch gliedert sich das Geistig-Seelische Ich-geführt in den menschlichen Organismus ein. Die anthroposophische Medizin beachtet in diesem Zusammenhang spezifisch das Leber-Galle-System, das in Zusammenhang mit dem Wirksamwerden der geistig-seelischen Individualität im Stoffwechsel und der Entfaltung individueller Willenskräfte gesehen wird. Eine rasche Reifung physiologisch langsam reifender Prozesse verhindert zwar Labilitäten in Richtung einer erhöhten Blutungsneigung, fördert jedoch möglicherweise vorzeitige Calcifizierungsprozesse und Tumorbildungsprozesse, auch wenn dazu zum jetzigen Zeitpunkt keine prospektiven kontrollierten Studien existieren.

Vor dem Hintergrund des heutigen Wissens stellt sich dem Arzt wie den Eltern die Frage:

Ist das Argument, dass menschliche Muttermilch nicht optimal zusammengesetzt sei und für jedes Kind mit bestimmten Substanzen aufgewertet werden müsse, primär vertrauenswürdig? Handelt es sich hier nicht vielmehr um eine Güterabwägung zwischen einem bekannten akuten Risiko und einem in seinem Umfang unbekannten langfristigen Risiko, nämlich durch hohe Vitamin-K-Dosen die natürliche Reifung des Organismus nachhaltig zu stören und damit möglicherweise ungewollte und unbekannte Schäden zu setzen, die sich erst sehr viel später (und ebenfalls nur statistisch erfassbar) manifestieren?

Angesichts der zeitlichen Tiefe der Evolution des menschlichen Organismus bedarf eine kollektive Abkehr von der Muttermilch als "Goldstandard" der Säuglingsernährung langfristig vergleichender Studien, die über Jahrzehnte anzulegen sind und offen jede Art von langfristigen Unterschieden registrieren, insbesondere hinsichtlich einer Förderung der Sklerosierungstendenz und onkologischer Risiken. – Bisher hat sich jeder Optimismus hinsichtlich einer vermeintlichen Verbesserung der Muttermilch historisch nicht halten lassen; gerade die Erforschung der kindlichen Adipositas hat z.B. alle Versprechen der Hersteller industrieller Säuglingsmilchen aus den letzten 30 Jahren widerlegt, dass deren Nahrung ein gleichwertiger Ersatz von Muttermilch sei. – Angesichts der fehlenden prospektiven Langzeitforschung zur Vitamin-K-Substitution von Muttermilch ist hier weiterhin ein ungeklärter Forschungsstand festzuhalten. Das eigentliche Problem ist das Fehlen einer geeigneten Screeningmethode, um rechtzeitig die (wenigen) Kinder identifizieren zu können, die einen Vitamin-K-Mangel entwickeln.

Vor diesem Hintergrund erscheint es berechtigt, da Eltern gesunder gestillter Säuglinge nach ausführlicher und rechtzeitiger (!) Information durch den Arzt verantwortlich eine Entscheidung über verschiedene Formen der Prophylaxe schwerer Vitamin-K-Mangelblutungen treffen. Da alle Abweichungen von in Deutschland bestehenden offiziellen Empfehlungen mit den Eltern der Kinder möglichst vor der Geburt eines Kindes besprochen werden müssen, wurde dazu für die GAÄD ein Merkblatt mit 4 Varianten einer Vitamin-K-Prophylaxe entworfen:

- Gabe von jeweils 2 mg Vitamin K oral bei der ersten, zweiten und dritten Vorsorgeuntersuchung (derzeitige deutsche Empfehlung),
- einmalige hochdosierte Gabe von 1 mg nach der Geburt und dann täglich über 3 Monate 25 µg der verdünnten Lösung oral (derzeitiges holländisches Vorgehen),
- alleinige Gabe von 25 µg/Tag über 3 Monate, Seit Jahren Vorgehen von Anthroposophischen Kliniken und Praxen,
- Vitamin-K-Reiche Ernährung der stillenden Mutter

Die ersten beiden Varianten sind durch epidemiologische Studien in ihrer Effektivität abgesichert, die beiden letzten Varianten bieten im ersten Fall einen weitgehenden, im zweiten Fall einen verbesserten Schutz vor einer Vitamin-K-Mangelblutung und greifen damit weniger stark in den kindlichen Stoffwechsel ein.

Quellen und Informationen

- Iwamato J. Takeda T., Ichimura S., Sato Y. Differential Effekt of Vitamin K and Vitamin D Supplementation on Bone Mass in Young Rats Fed Normal or Low Calcium Diet, Yonsei Medical Journal 45 2004:314-324
- Biesalski H.K. et al (Hrsg.): Vitamine. Thieme 1997, Seite 63
- Kohl M. Neonatale Vitamin-K-Prophylaxe, Gynäkologie und Geburtshilfe 4 (1999) S.154-155
- Golding J, Greenwood R, Birmingham K, et al. Childhood cancer, intramuscular vitamin K, and pethidine given during labour. BMJ 1992;305:341-6
- Kohl M. Neonatale Vitamin-K-Prophylaxe, Gynäkologie und Geburtshilfe 4 (1999) S.154-155
- Tripp, J.H., MC NINCH, A W, The vitamin K debacle: cut the Gordian knot but first do no harm, Arch Dis Child 79 1998:295-297
- Von Kries R. Untersuchungen zur Bedeutung der Muttermilchernährung für Vitamin-K-Mangelblutungen bei Neugeborenen und Säuglingen, Thieme Copythek 1991

- Steiner, R., I. Wegman: Grundlegendes zu einer Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen. Rudolf
- Steiner Verlag, Arlesheim 1953, Dornach 5. Aufl. 1977, 7. Aufl. 1991
- Steiner, R.: Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaften. Gesamtausgabe Bd. 314, 3. Aufl. Rudolf Steiner Verlag, Dornach 1989, Seite 114

Angela Kuck
Bart Maris
Georg Soldner

2.2.4 Merkblatt HPV- Impfung

Merkblatt HPV-Impfung

Seit kurzem steht eine Impfung gegen Humane Papilloma-Viren (HPV) zur Verfügung, die in erster Linie vor einer Erkrankung an Gebärmutterhalskrebs schützen soll. Obwohl über die HPV-Infektion und die HPV-Impfung in vielen Medien berichtet wird, sollten Sie sich Zeit nehmen, um in Ruhe zu überlegen, ob die Impfung für Sie wirklich sinnvoll ist. Dieses Merkblatt soll Ihnen bei der Entscheidungsfindung helfen, ob Sie oder Ihre Tochter die Impfung in Anspruch nehmen wollen.

Was sind Humane Papilloma-Viren?

Die Humanen Papilloma-Viren (HPV) bilden eine große Gruppe von über 100 verschiedenen Virustypen, die mit einer HPV-Typ-Nummer beziffert werden. Man geht davon aus, dass diese Viren unterschiedliche Erkrankungen an Haut und Schleimhaut verursachen können. Beispielsweise werden Warzen an Händen oder Füßen, die oft im Schulkindalter vorkommen und auch ohne Therapie meist innerhalb von zwei Jahren wieder verschwinden, auf eine Infektion mit HPV zurückgeführt. Feigwarzen im Genitalbereich sind vor allem mit den HPV-Typen 6 und 11 assoziiert, auch diese zeigen häufig eine Spontanheilung. Die meisten HPV-Typen sind harmlos. Die Übertragung der HP-Viren im Genitalbereich geschieht ausschließlich über sexuelle Kontakte. Der größte Teil der Bevölkerung hat im Laufe des Lebens Kontakt mit HP-Viren, so dass die HPV-Infektion die am weitesten verbreitete sexuell übertragbare Infektion ist. Zurzeit gibt es keine wirksame antivirale Therapie gegen HPV.

Es gibt eine Untergruppe von etwa 13 Virustypen, die als so genannte Risikoviren (High-Risk-Viren) bezeichnet werden. Man geht davon aus, dass diese Virustypen Zellveränderungen am Muttermund verursachen können. 60 Prozent dieser Veränderungen heilen ohne Therapie im Laufe von rund einem Jahr wieder ab. Bei einigen der betroffenen Frauen können aus diesen Zellveränderungen im Laufe der Jahre Krebsvorstufen entstehen. Bei weniger als einem Prozent der Betroffenen kann sich schließlich auch Gebärmutterhalskrebs entwickeln. Allerdings ist die HPV-Infektion nur einer von mehreren Faktoren, die für die Entstehung eines Gebärmutterhalskrebses verantwortlich gemacht werden. Andere Faktoren sind zum Beispiel Rauchen, Einnahme der Pille, Abwehrschwäche oder vaginale Infekte.

Gebärmutterhalskrebs, Entstehung und Früherkennung

Es gibt kaum eine Krebsart, die in der Früherkennung so gut diagnostiziert werden kann wie der Gebärmutterhalskrebs. Mit dem Abstrich von Gebärmutterhals und Muttermund lassen sich Vorstadien (genannt Pap IV) und auch Vorstadien der Vorstadien (genannt Pap IIID) erkennen. Bei einem Pap IIID-Befund (leichte bis mittelgradige Zellveränderung) ist eine regelmäßige Abstrichkontrolle alle drei bis sechs Monate notwendig, da sich bei diesem Befund im Laufe von mehreren Jahren eine Krebserkrankung entwickeln kann. Andererseits normalisiert sich in rund 50 bis 60 Prozent der Fälle ein Pap IIID-Befund wieder spontan.

Seit der Einführung der gynäkologischen Krebsfrüherkennung konnte die Häufigkeit des Gebärmutterhalskrebses um 70 Prozent gesenkt werden – obwohl nur rund die Hälfte der Frauen regelmäßig zur Untersuchung gehen. Zeigt der Abstrich wiederholt einen Pap IIID-Befund, gegebenenfalls auch einen HPV-Infekt mit High-Risk-Virus (meist Typ 16 oder 18), so ist das Risiko, dass sich daraus im Laufe der Zeit ein Gebärmutterhalskrebs entwickelt, erhöht. Meist werden dann durch einen ambulanten operativen Eingriff am Muttermund (Konisation) die Zellveränderungen und fast immer auch der Virusinfekt entfernt.

Was kann die HPV-Impfung? Was kann sie nicht?

Da bei über 90 Prozent der Frauen mit Gebärmutterhalskrebs eine High-Risk-HPV-Infektion feststellbar ist, wird auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Infektion und Krankheitsbild geschlossen. Deshalb wird der nun zur Verfügung stehende Impfstoff Gardasil, der vor HPV-Infektionen des Typs 6, 11, 16 und 18 schützt, wie auch das bald zugelassene Cervarix, das gegen die Virus-Typen 16 und 18 sowie 31 und 45 schützen soll, als Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs betrachtet. Ein Impfschutz wird nur dann erreicht, wenn zum Zeitpunkt der Impfung keine Infektion mit dem entsprechenden HPV vorliegt. Darum wird von den Impfbefürwortern empfohlen, sowohl Mädchen als auch Jungen vor Beginn ihres sexuell aktiven Lebens – zwischen 11 und 18 Jahren – zu impfen. Wie lange der Schutz nach der vorgesehenen dreimaligen Impfung besteht, ist nicht bekannt. Nachgewiesen ist ein Impfschutz über viereinhalb Jahre, Langzeitstudien liegen noch nicht vor. Man rechnet zurzeit damit, dass eine Auffrischung nach zehn Jahren notwendig ist.

Was sollte noch berücksichtigt werden?

- Das Risiko, an einer HPV-Infektion oder andere sexuell übertragbare Infektionen (zum Beispiel Hepatitis B, AIDS) zu erkranken, wird z.B. durch wechselnde sexuelle Kontakte erhöht. Andererseits schützen Kondome vor den am Muttermund einwirkenden High-Risk-HPV-Typen. Das eigene sexuelle Verhalten hat also direkten Einfluss auf das Risiko, sich zu infizieren. Damit bekommt die Entscheidung für oder gegen eine Impfung für Eltern auch eine pädagogische Komponente.
- Ob jemand nach einem Kontakt mit HP-Virus infiziert wird, ob die Infektion bleibt oder wieder ausheilt, hängt auch mit der Widerstandsfähigkeit des Menschen zusammen. Hierauf kann jeder selbst Einfluss nehmen, zum Beispiel durch den verantwortungsbewussten Umgang mit Ernährung, Rhythmus, Schlaf, Sport oder Suchtverhalten.
- Durch die übliche Krebsvorsorgeuntersuchung (Abstrich) sind die Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs fast immer rechtzeitig erkennbar, sodass eine Behandlung möglich ist, bevor eine Krebserkrankung eintritt.

- Der Impfstoff Gardasil schützt nur gegen zwei, Cervarix gegen vier der insgesamt 13 HP-Viren, die mit Gebärmutterhalskrebs in Verbindung gebracht werden. Die Typen 16 und 18 sind heute in 70 Prozent der Fälle von Gebärmutterhalskrebs beteiligt. Das Krebsrisiko wird durch die Impfung möglicherweise um circa die Hälfte verringert – eine Impfung vor dem ersten Sexualkontakt und eine komplette Durchimpfung vorausgesetzt. - Befürchtet wird, dass die HPV-Typen, die jetzt noch eher selten mit dem Krebs in Zusammenhang gebracht werden, in den Vordergrund rücken, wenn die Typen 16 und 18 durch die Impfung zurückgedrängt werden (Replacement).
- In welchem Umfang die Impfung Frauen wirklich schützt und wie lange dieser Schutz anhält, ist heute noch unklar.
- Die Impfung ist nicht frei von Nebenwirkungen: Fieber und Juckreiz können auftreten, gelegentlich auch Gelenkentzündungen. Auch sind die Langzeitwirkungen noch nicht ausreichend erforscht.

Verschiedene Dimensionen des Impfentscheides

Die genannten Aspekte sowie die noch offenen Fragen zeigen, dass eine fundierte Impfentscheidung nach sorgfältiger Abwägung gefällt werden sollte. In diesem Merkblatt wird aufgezeigt, dass es möglich ist, auf die Impfung zu verzichten, ohne ein unverantwortbares Risiko einzugehen. Neben diesen medizinischen Aspekten sei an dieser Stelle noch einmal auf die wichtige pädagogische Komponente bei der Impfentscheidung hingewiesen. Denn es geht um eine Form der Prophylaxe, die das spätere Sexualverhalten der Jugendlichen beeinflussen kann. Welche Botschaften möchten die Eltern (und Ärzte) ihren Kindern vermitteln? Eine Botschaft könnte lauten: „Wir schützen dich gegen eine sexuell übertragbare Krankheit mit eventuellen schwerwiegenden Folgen, sodass du keine Angst vor einer Infektion haben musst.“ Eine andere Botschaft könnte hingegen heißen: „Wir versuchen dir einen Lebensstil zu vermitteln, der gesundheitsfördernd ist. Wir trauen dir zu, zunehmend selber die Verantwortung für deine Gesundheit und dein Leben zu tragen. Damit möchten wir dich und deine Fähigkeiten stärken.“ Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Urteilsbildung über die HPV-Impfung eine pädagogische und medizinische Herausforderung ist. Suchen Sie dazu das Gespräch mit Ihrem Hausarzt, Kinderarzt oder Frauenarzt.

2.2.5 Leitlinien HPV- Impfung

GAÄD-Leitlinie zur HPV-Impfung

Die nun zur Verfügung stehende HPV-Impfung wird von führenden Vertretern der Fachgesellschaften wie auch in den Medien gelobt als Durchbruch in der Krebs-Prophylaxe und deshalb sehr propagiert. Von mehreren Seiten wird eine flächendeckende Einführung der Impfung gefordert. Die Patientenaufklärung wird oft mit Informationen der Pharmafirma durchgeführt und die Nachfrage der Eltern und Jugendlichen ist groß.

Eine differenzierte Beurteilung des Zusammenhangs zwischen HPV-Infektion und Zervixcarcinom sowie der Auswirkung einer HPV-Impfung ist in der aktuellen einseitigen Datenlage nicht leicht, aber desto notwendiger für eine gewissenhafte Patientenbetreuung.

In dem Sinne legen wir hiermit eine kritische und von der gängigen Empfehlung abweichende Hilfestellung zur Urteilsbildung in die Form dieser Leitlinie mit dazugehörigem Patientenmerkblatt vor.

Humane Papilloma Viren

Humane Papilloma Viren haben eine Größe von 55 nm und sind damit auch für Viren sehr klein. Von einem ikosaedrischen Kapsid umschlossen befindet sich die doppelsträngige DNA mit ca. 8000 Basenpaaren. HPV repliziert sich im Nukleus der befallenen Zelle. Durch bestimmte Gensequenzunterschiede lassen sich über 100 Subtypen unterscheiden. Durch Unterschiede in dem Kapsid ist die Bindung an spezifische Epithelzellen möglich. Die virale Replikation ist mit einer ausgeprägten Proliferation der epidermalen Zellschichten verbunden. Es kommt zur Para- und Hyperkeratose sowie zur Koilozytenbildung. Im Falle einer malignen Transformation, wobei die virale DNA in die Wirts-DNA integriert wird, lässt sich in dem Wirtschromosom einer Aktivierung von Onkogenen nachweisen. Durch primär zelluläre und nur geringe humorale Immunreaktionen kommt es häufig zu einer spontanen Regression.

Die kutanen HPV-Typen verursachen Hautwarzen bei Kindern im Schulalter. Diese bilden sich meist innerhalb von 2 Jahren zurück.

Die genitomukosalen HPV-Typen (ca.40) werden sexuell übertragen. Die Low-risk-Typen 6 und 11 sind die Hauptverursacher der anogenitale Warzen (Kondylome), die ebenfalls häufig eine Spontanregression zeigen. Ca. 13 High-risk-HPV-Typen können Dysplasien und Neoplasien hauptsächlich an der Umwandlungszone der Cervix uteri entstehen lassen. Auch solche Dysplasien sind in ca. 50% der Fälle nach 1-2 Jahre nicht mehr nachweisbar. Die Persistenz der HPV-Infektionen an der Cervix nimmt mit dem Alter der Frau zu, d.h. bei jungen Frauen ist die spontane Regression viel häufiger!

Die genitale HPV-Infektion wird über Geschlechtsverkehr übertragen. Gegen HPV 6 und 11 hilft der Gebrauch von Kondome nicht, gegen eine Infektion an der Cervix mit High-risk-Typen ist der Schutz von Kondome nachgewiesen.

Ungefähr 70% aller Menschen haben sich im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit einem genitalen HPV infiziert. Die Prävalenz liegt zwischen 3 und 50%.

Zervikale Neoplasien

Bei 99% der Frauen mit einem invasiven Cervixcarcinom wird ein High-risk-HPV-Infekt nachgewiesen. 70% davon sind Typ 16 und 18. Der Umkehrschluss darf nicht gemacht werden, nämlich weniger als 1% der Frauen mit einer High-risk-HPV-Infektion bekommen einen Carcinom. Bei CIN I oder II findet in 50-56% eine Regression statt, bei weitere ca. 25-35% bleibt der Zustand über viele Jahre stabil und nur 14-20% werden zum CIN III. Auch bei CIN III wird noch eine Regression von 10 bis 33% beschrieben. Persistenz und Progression sind häufiger bei zervikalen Läsionen, z.B. auf Grund anderer Infektionen.

In der Regel braucht es ca. 10 Jahre, bis eine HPV-Infektion zu einem invasiven Carcinom führt.

Nach Konisation bei CIN II oder III sind 80-90% der Patientinnen im Verlauf HPV-negativ.

High-risk-HPV-Infektionen scheinen eine Voraussetzung für die Entstehung einer cervicalen Neoplasie zu sein. Als weitere Co-Faktoren sind bekannt: die Einnahme der Pille (durch die Substanz und nicht nur durch die Möglichkeit der Promiskuität), Nicotin und wahrscheinlich auch andere vaginale Infekte wie Chlamydien und sicher noch viele bisher unbekannte Faktoren.

Die Durchführung einer HPV-Bestimmung routinemäßig bei dem Pap-Abstrich hat weder therapeutische noch klare prognostische Konsequenzen und fördert nur eine ängstliche Entfremdung sowie die Fixierung auf einen Virusbefund, welcher wahrscheinlich nach wenigen Monaten wieder verschwunden ist. Bei einem Pap III oder IIID-Befund kann der Differenzierung zwischen High-risk und Low-risk Einfluss auf die weitere Behandlung haben.

Der Erfolg der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung mittels Cervix-Abstrich wird damit belegt, dass es in den vergangenen Jahren eine Reduktion der Inzidenz von 35/1000 (1971) auf 12/1000 (2001) gegeben hat, dies obwohl die Beteiligung an der Früherkennung bei max. 50% liegt. Für welchen Teil dieses Rückgangs die Früherkennung verantwortlich gemacht werden kann, ist damit noch nicht geklärt. Fest steht, dass die Zahl der Konisationen bei Befunden, die auch spontan in Regression gehen können, sprunghaft angestiegen ist.

Wenn bei einer Frau eine Dysplasie diagnostiziert wird, kann die Chance einer Spontanregression unter Umstände durch einer Anthroposophischen Therapie gefördert werden.

HPV-Impfstoff

Der Humane Papillomavirus-Impfstoff besteht aus virusähnlichen Partikeln (Virus-like particles VLP), die in DNA-rekombinanten Hefezellen produziert werden. Sie enthalten keine DNA. Mit Gardasil werden VLP von HPV 6, 11, 16 und 18 verabreicht; mit Cervarix von HPV 16 und 18. Diese Partikel lösen eine humorale Immunantwort aus.

Als Adjuvants ist Aluminium zugesetzt, dessen allergiefördernde Wirkung seit langem wissenschaftlich bekannt ist (Wahn, Wahn, U., R. Seger, V. Wahn: Pädiatrische Allergologie und Immunologie. 2. Aufl. G. Fischer Verlag, Stuttgart 1994, S.113: eines der „stärksten bekannten Adjuvantien zur Induktion der IgE-Antikörper-Synthese“).

Die Impfung wird zurzeit generell empfohlen vor der Kohabitarche. Die Zulassung durch die europäische Zulassungsbehörde ist ab dem Alter von 9 Jahren gegeben, sowohl für Mädchen als auch für Jungen. Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen in dem Alter liegen jedoch nicht vor! Gardasil wurde untersucht bei Frauen im Alter zwischen 15 und 25 mit einer Beobachtungszeit von nur 4.5 Jahren.

Aus den vorliegenden Studien zu Cervarix, an nur 1113 junge Frauen getestet, geht hervor, dass eine Serokonversion bei fast 100% der Probandinnen auftrat, zu 91% eine Antikörperbildung gegen eine HPV-Erstinfektion mit Typ 16 oder 18. Die Nachuntersuchungszeit beträgt hier 3,5 Jahre. Eine Phase III Studie wird zurzeit durchgeführt. Ob ein Rückgang der Carcinomentwicklung überhaupt eintreten wird, ist momentan nur Spekulation und kann in diesem Zeitraum auch nicht nachgewiesen werden.

Bei Gardasil handelt es sich um eine placebokontrollierte Studie an nur 552 Frauen (zwischen 16 und 23). Nach 2.5 Jahre wurde in der Verum-Gruppe bei 4, in der Placebo-Gruppe bei 36 Frauen ein HPV-Infekt festgestellt (Schutz von 89%). Auch diese Untersuchung lässt keine Aussage über einen sicheren Schutz gegen Krebs zu. Ein Karzinom wurde bei keiner der Frauen in beiden Gruppen beobachtet!

Außerdem muss bedacht werden, dass Gardasil nur gegen 2, Cervarix gegen 4 der 13 HR-Typen impft. Erste Hinweise auf ein Serotypen-Replacement wurden schon beobachtet, damit kann der Impfeffekt durch eine impfinduzierte Verschiebung des Spektrums sogenannter Hochrisiko-HP-Viren in mittlerer Zukunft erheblich zurückgehen.

Gardasil wurde zugelassen, obwohl keine Phase-III-Studie veröffentlicht wurde. Die verfrühte Zulassung eines Impfstoffes wäre nur dann nachvollziehbar, wenn es sich um die Bekämpfung einer sich schnell ausweitenden und häufig vorkommenden Krankheit handeln würde. Das Gegenteil ist der Fall. Mortalität und Inzidenz der Erkrankung nehmen stetig an, wahrscheinlich auf Grund des zunehmenden Kondomgebrauchs und der zunehmende Inanspruchnahme der Früherkennung.

Urteilsbildung

Für die Jugendlichen und deren Eltern ist es nicht leicht, sich unter dem Druck der Impfwerbung ein eigenes Urteil über das Impfangebot zu machen. Voraussetzung ist zuerst eine gute Information über den Zusammenhang zwischen HPV und Cervixcarcinom, sowie über mögliche Auswirkungen der Impfung. In dem zu dieser Leitlinie gehörenden Merkblatt wird auch auf medizinisch-pädagogische Aspekte der Impf-Entscheidung hingewiesen: was vermittelt eine solche Impfung in Bezug auf die Sexualpädagogik?

Weiter ist zu beachten, dass das Risiko, sich mit HPV zu infizieren, mit dem sexuellen Verhalten direkt zusammenhängt. Dem ist keiner wahllos ausgeliefert. Die deutsche AIDS-Hilfe warnt heute schon vor einem negativen Einfluss der HPV-Impfung auf das safer-sex-verhalten.

Die heute zur Verfügung stehende Krebsfrüherkennung bietet außerdem die Möglichkeit, Dysplasien meistens rechtzeitig zu diagnostizieren, zu beobachten und ggf. zu behandeln.

So betrachtet ist das Cervixcarcinom durch Sexualverhalten und Früherkennung einer der Krebsarten, der heute am besten vorzubeugen ist. Die Notwendigkeit, mit einer großen Impf-Kampagne endlich was gegen diesen Krebs zu unternehmen, ist damit nicht gegeben.

Quellen und Informationen

- Friese K, Schäfer A, Hof H. Infektionskrankheiten in Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin 2003, S.97
- Friese K, Schäfer A, Hof H. Infektionskrankheiten in Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin 2003, S.98
- Winer RL et al in N Engl J Med 2006; 354; 2645-2654. Zitiert in GebFrauenheilk 2006; 66;1120-1121
- IARC. Handbooks of cancer prevention, vol.10. Cervix cancer screening. Lyon: IARC Press, 2005. Zitiert in 5.
- Hillemanns P, Mehlhorn G, Rinnau F, Soergel P, Beckmann MW. HPV-Infektion: Impfung, Diagnostik und Therapie. GebFrauenheilk 2007;67;R1-R28
- Kind E, Kuhlmann M. Zervikale intraepitheliale Neoplasien 1477. In Beckermann M, Perl F. Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Basel 2004.
- HPV-Impfstoff Gardasil. Arzneitelegramm 2006;37,12;117-119

2.2.6 Leitlinien Impfaufklärung

Impfaufklärung, Impfgespräch, Impfentscheidung – kurze Darstellung der zu beachtenden Aspekte für den anthroposophischen Arzt

Qualitätsziele

Angestrebt wird ein freier, selbst verantworteter Impfentscheid des Patienten bzw. seiner Eltern, der auch im Falle eintretender Impfnebenwirkungen oder Krankheitskomplikationen bei Nicht-Impfen für alle Beteiligten Bestand haben kann.

Impfaufklärungsgespräch und Dokumentation

Bei Kindern ist darauf hinzuwirken, dass bei gemeinsamem Sorgerecht **beide Eltern** die Entscheidung mittragen. In jedem Fall muss das Impfgespräch ausreichend Zeit für alle auftauchenden Fragen lassen. Die Durchführung des Gesprächs vor und getrennt vom Vollzug der Impfung ist erstrebenswert und dokumentiert, dass keine manipulierte Entscheidung unter Zeitdruck vorliegt. Die Durchführung des Gesprächs als solche muss schriftlich dokumentiert werden. Insbesondere bei Entscheidungen, die vom STIKO-Impfschema abweichen, ist es sinnvoll, **dies in einer für beide Seiten sichtbaren Weise zu dokumentieren**, bei Kindern z.B. im Vorsorgeheft (mögliche Formulierung z.B.: "Vom Standard abweichender Impfstatus besprochen"). Ggf. kann hier die Impfentscheidung der Eltern im Einzelnen dokumentiert werden (welche Impfung wird wann gewünscht). Bei jeder weiteren Vorsorgeuntersuchung ist erneut der Hinweis des Arztes auf den vom STIKO-Plan abweichenden Impfstatus zu dokumentieren ("Abweichender Impfstatus angesprochen"), ggf. mit Verweis auf den dokumentierten Impfentscheid der Eltern.

Worüber muss der Arzt aufklären?

- Der Arzt muss über das jeweils gültige STIKO-Impfschema (www.rki.de) als **medizinischen Standard** aufklären. Das bedeutet: "Die Außervollzugsetzung des medizinischen Standards begründet grundsätzlich die Haftung des Arztes " (vgl. Quaas/Zuck, Medizinrecht 2005, Rn.71, 128 zu § 13).
- Der Arzt muss über den **Nutzen der Impfung** aufklären, also über die damit zu verhindernden Erkrankungen und ihre Komplikationen. Zum Nutzen rechnet auch die Frage eines möglichen **befristeten** Ausschlusses von Gemeinschaftseinrichtungen oder vom Arbeitsplatz im Krankheitsfall und das Ansteckungsrisiko für gefährdete Personen, z.B. Säuglingen durch impfpräventable Erkrankungen.
- Der Arzt muss über **Lokal-, Allgemeinreaktionen und Impfkomplikationen** aufklären (vgl. STIKO, Hinweise zum Aufklärungsbedarf).

- Der Arzt muss – entgegen der Auffassung der STIKO - laut BGH (NJW 2000, 1784,1786f) auf **Alternativen zum Standard** hinweisen, "wenn ernsthafte Stimmen in der medizinischen Wissenschaft gewichtige Bedenken gegen eine zum Standard gehörende Behandlung und die damit verbundenen Gefahren äußern". Diese Bedenken müssen begründet sein. Der Arzt **muss zitierfähige seriöse wissenschaftliche Quellen nachweisen können, wenn er dem Patienten/den Eltern Bedenken gegenüber dem STIKO-Impfschema vorträgt.** Seine eigene persönliche Auffassung alleine trägt nicht!

Angesichts dieser Erfordernisse, der zeitlichen Beschränkung in der Praxis und des inzwischen notwendigen Wissensumfangs für eine freie und rechtlich vertretbare Impfentscheidung ist es empfehlenswert – vor allem bei einer vom Standard abweichenden Impfentscheidung – dass die Eltern bestätigen, wissenschaftlich belegte Literatur zur Impffrage in ausreichendem Umfang zur Kenntnis genommen haben.

Quellen und Informationen:

- Wolfgang Goebel, Schutzimpfungen selbst verantwortet, Urachhaus Verlag, 3.,neu bearbeitete Auflage 2006
- Martin Hirte, Impfen – pro und contra, Knaur, 2. neu bearbeitete Aufl. 2005
- Karl Reinhard Kummer, Impfungen im Kindesalter, Gesundheit aktiv.
- das Impf-Info von Steffen Rabe: www.IMPF-INFO.de

Aus dieser Literatur geht hervor, dass aktuell im Sinne der geltenden Rechtssprechung vielfältige wissenschaftlich begründete Einwände gegenüber dem STIKO-Impfplan bestehen. **Der anthroposophische Arzt ist also berechtigt und gehalten, die Patienten/Eltern auf diese Einwände hinzuweisen. Die aktuelle Empfehlung des 109.Deutschen Ärztetages, solche Äußerungen mit berufsrechtlichen Sanktionen zu belegen, sind rechtlich ein Nullum** (Zuck 2006) **und verfassungswidrig** (Verstoß gegen Art. 5 Abs. 3 GG).

Darf der Arzt gewünschte und empfohlene Impfungen ablehnen?

Lässt der Gesundheitszustand des Patienten/Kindes eine indizierte Schutzimpfung zu und wünschen der Patient/die Eltern diese Impfung, darf der Arzt den Vollzug nur ablehnen, wenn er im konkreten Fall seine Überzeugung begründen, auf "gewichtige Bedenken" und "ernsthafte Stimmen" stützen kann. Es obliegt ihm dafür die volle Beweispflicht! **Nur dem Patienten/den Eltern kommt das Recht auf einen individuellen Impfentscheid zu!**

Wünschen die Eltern ein Vorgehen, das **Impfstoffe außerhalb ihrer Zulassung** einschließt (z.B. Td, Td-Polio zur Primärimmunisierung, Einzelimpfstoffe aus der Schweiz z.B. für Hib), empfiehlt es sich, folgende Formulierung schriftlich bestätigen zu lassen: "Bei einer Impfung mit Impfstoffen außerhalb ihrer Zulassung ist uns bewusst, dass im Falle eines bleibenden Impfschadens die Entschädigung von Seiten des Staates entfällt".

Bei Abweichung vom STIKO-Impfplan sollte die elterliche Zustimmung bzw. Bestätigung zu folgenden Punkten **schriftlich dokumentiert** werden (die Unterschrift der Eltern ist hilfreich, aber nicht zwingend notwendig):

- Umfang und ggf. abweichender Zeitpunkt der gewünschten Schutzimpfungen,
- mündliche Aufklärung durch Arzt als Impfgespräch (mindestens „Grundaufklärung“),
- Kenntnisnahme schriftlicher, ausreichend umfangreicher und wissenschaftlich belegter Impf-Informationen,
- ausreichend Gelegenheit zum Gespräch, auch wiederholt,
- ggf. ausdrücklicher Wunsch nach Verwendung von Impfstoffen außerhalb ihrer Zulassung.

Es erscheint sinnvoll, dass hier jeder Arzt selbst für seine Praxis eine Form der Dokumentation festlegt (z.B. Formblatt; Eintrag ins Vorsorgeheft u. Kopie für den Arzt).

Quellen und Informationen:

- Zuck, R.: Gutachterliche Äußerung wegen Impfbeschluss des 109.DÄT, www.anthroposophische-aerzte.de / aktuelles
- Ley, S., Quast, U: Über welche Nebenwirkungen nach Standardimpfungen muss aufgeklärt werden? Kinderärztliche Praxis 75, Sonderheft Impfnebenwirkungen, 2005

2.4 Notfallmanagement in der allgemeinärztlichen und internistischen Praxis

Hinweise zur Handhabung des Verbandbuches

Die Dokumentation der Ersten Hilfe ist vor allem dann besonders wichtig, wenn es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall handelt oder um eine arbeitsbedingte Erkrankung bzw. Berufskrankheit; dann kann die Dokumentation der Ersten Hilfe u. U. zur Sicherung von Rechtsansprüchen der Mitarbeiter gegenüber der Berufsgenossenschaft von besonderer Bedeutung sein. Allerdings muss Nachleistung der Ersten Hilfe ein Durchgangsarzt für die Weiterbehandlung werden, wenn eine solche erforderlich erscheint.

Zu beachten ist, dass auch zunächst geringfügig erscheinende Beschwerden bzw. Verletzungen ernstere Spätfolgen nach sich ziehen können.

Deshalb: Machen Sie bei jeder Leistung von Erster Hilfe einen Eintrag ins Verbandbuch.

Bewahren Sie das Verbandbuch mindestens 5 Jahre nach der letzten Eintragung auf; verwahren Sie es so sicher wie Personalunterlagen, denn es beinhaltet personenbezogene Aufzeichnungen.

Diese Anforderungen werden auch in der Unfallverhütungsvorschrift “Erste Hilfe”, BGV A 5, § 16 gestellt.

Akute Notfälle

- Ziel: Patientenversorgung bei unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankungen
  - Kreislaufstillstand ABC,
  - Notfall in der Praxis,
  - Notfall im Hausbesuch,
  - Fortbildung und Besprechung – Praxisteam,
  - Arztkoffer / Notfallkoffer, Notfallmedikamente in der Praxis.

Kreislaufstillstand ABC

Das Überleben eines Kreislaufstillstandes hängt in hohem Maße vom sofortigen Beginn Der Herz-Lungen- Wiederbelebung ab.

Als einfaches Merkschema eignet sich das ABC:

A – Atemwege freimachen

B – Beatmen

C – Cirkulation herstellen mit Herzdruckmassage.

Es gibt nur graduelle altersabhängige Unterschiede bei diesem Vorgehen. Die aktuelle Empfehlung wurde 2005 vom European Resuscitation Council und International Liaison Commitee on Resuscitation (ILCOR) publiziert.

A = Atemwege freimachen

Die Hauptursache für Atemwegsverletzungen ist der durch Muskelentspannung in den Rachen gesunkener Zungengrund.

- Durch vorsichtiges Überstrecken des Kopfes wird dieser Atemwegsverschluss behoben (Esmarch´scher Handgriff).
  - Die eine Hand wird dazu auf die Stirn und die andere an das Kinn gelegt und dieses mit der Hand angehoben.
  - Dabei darf nicht auf Weichteile unter dem Kinn gedrückt werden, dies führt bei Kindern zu Atemwegserkrankungen.
- Wichtig: Wenn der Verdacht auf eine Wirbelsäulenverletzung besteht, wird der Kopf nicht überstreckt.
  - Durch das Vorschieben des Unterkiefers wird mit ihm auch der Zungengrund nach vorne Verlagert.
- Finden sich Hinweise auf Fremdkörper im Mundraum werden diese entfernt.
- Besonderheit: Bei Säuglingen und Neugeborenen sollte der Kopf nicht überstreckt, sondern in einer Schnüffelposition (Kopf parallel zum Boden nach vorne schieben) gehalten werden.

B = Beatmen

Die bei Atemstillstand nötige Beatmung kann mit der Ausatemluft des Helfers oder mit Hilfsmittel erfolgen (Beatmungsbeutel).

Zur Atemspende gibt es mehrere Variationen:

- Mund – zu - Nase
- Mund – zu- Mund
  - bei kleinen Kindern die Mund zu Mund und Nase- Beatmung (Mund des Helfers gleichzeitig über Nase und Mund legen).

Die Erstbeatmung mit Hilfsmittel erfolgt als Beutel-Masken-Beatmung. Zur Erleichterung sollte möglichst vorher ein Guedeltubus eingebracht werden, der die Zunge nach vorne hält und die Luftwege durchgängig macht.

- Die Beatmungsmaske wird mit dem so genannten C-Griff dicht und fest über Mund und Nase gehalten.
- Die Beatmung sollte langsam und gleichmäßig über eine Sekunde erfolgen, das sich Heben und Senken des Brustkorbs kann als Zeichen für eine ausreichende Beatmung angesehen werden (andernfalls ist die Beatmung unwirksam).
- Die zweite Beatmung beginnt erst, wenn der Patient vollständig ausgeatmet hat.
- Zur Sicherung des Atemwegs ist der Goldstandart die Durchführung der endotrachealen Intubation.

- Die Intubation sollte nur der erfahrene Helfer durchführen. Dabei steht der Helfer hinter dem Kopf des liegenden Patienten, der Esmarch´sche Handgriff wird angewandt. Die Zunge wird mit dem Intubations-Spatel (Licht) aufgeladen und leicht nach oben gehoben. Dadurch werden die Atemwege bis über den Kehlkopf in die Luftröhre sichtbar. Der Tubus wird eingeschoben, der Intubations-Spartel herausgenommen. Blockieren des Tubus durch 6 ml Luft. Technik der Intubation ist abschließend nicht am Phantom zu lernen und erfordert umfangreiche praktische Erfahrungen.

C = Cirkulation anregen (Herzdruckmassage)

Nach Lagerung des Patienten auf eine harte Unterlage und Entkleidung seines Oberkörpers wird der Druckpunkt im unterem Sternumdrittel aufgesucht.

- Der Ballen der unteren Hand liegt auf diesem Punkt, die zweite Hand wird gekreuzt auf die erste gelegt.
- Die Finger der oberen Hand greifen zwischen die Fingergrundgelenke der unteren Hand und ziehen damit die Finger hoch, dies vermeidet Rippenbrüche.
- Der Oberkörper des Helfers wird bei gestrecktem Arm senkrecht über dem Druckpunkt positioniert. Die Herzdruckmassage erfolgt, indem das Gewicht des Oberkörpers auf die gestreckten Arme verlagert wird und so das Brustbein etwa 5 cm senkrecht in Richtung Wirbelsäule gedrückt wird.
- Anschließend muss der Brustkorb vollständig entlastet werden ohne dabei den Handballen vom Druckpunkt abzuheben.
- Druck und Entlastungsphase dauert etwa gleich lang (1:).
- Die Frequenz beträt 100 pro Min. nach 15 x drücken wird eine kurze Pause für einen Atemzug eingelegt. Dann werden wieder 15 Massagen appliziert usw.
- Die Herzdruckmassage darf nicht länger als 5 Sekunden unterbrochen werden.
- Kombinationen von Beatmung und Herzdruckmassagen jetzt 2 zu 30.
- Grundsätzlich wird nach dem Freimachen der Atemwege begonnen:
  Zweimal langsam und tief beatmen (etwa 1 Sekunde pro Beatmung).
- Es erfolgen 30 Herzdruckmassagen, wobei das Verhältnis 2 Beatmungen zu 30 Kompressionen beibehalten wird.
- Für alle Altersklassen gilt, dass nach einer Intubation die Herzdruckmassage und Beatmung unabhängig in ihrer Frequenz durchgeführt werden.

Beim Kind:

- Zwei professionelle Helfer sollten bei Kindern ein Verhältnis Beatmung zu Herzdruckmassage von 2 : 15 einsetzen, bei Neugeborenen 1 : 3 .
- Ab der Pubertät wird die Erwachsenentechnik eingesetzt 2 : 30 .

Notfall in der Arztpraxis

- Als erstes ist festzustellen ob es sich um einen Notfall handelt.

Notfall = lebensbedrohlicher Zustand

  - Patient in ein Zimmer setzen/legen, wo sich eine Liege, Infusionsständer und nach Möglichkeit ein Sauerstoffanschluss sich befindet.
  - Als erstes sind von der Arzthelferin die Vitalzeichen und Bewusstseinslage abzuklären.
  - Wenn der Arzt noch nicht dabei ist, entscheidet die Arzthelferin ob der Arzt aus dem Sprechzimmer geholt wird, oder es noch Zeit ist, bis die begonnene Behandlung abgeschlossen ist.
  - Die Notfallmedikamente/Intubationsgerät/Infusionsmaterial sollten schnell griffbereit sein.
- Der Arzt stellt fest, ob der Patient stationär versorgt werden muss oder in der Praxis behandelt wird.
  - Ein intravenöser Zugang wird gelegt und physiologische Kochsalzlösung 500ml angehängt.
  - Der Blutdruck und die Bewusstseinslage werden Seifert 10-minütlich dokumentiert.
  - Währenddessen ruft eine Arzthelferin den Rettungswagen/KTW/Notarzt Tel: 112, wenn eine stationäre Behandlung erforderlich ist und schreibt die Einweisung.
  - Eventuell Anmeldung im Krankenhaus bei Wunsch-Krankenhaus durch den Arzt.
  - Die andere/n Arzthelferin/nen assistieren bei der Erstversorgung in der Praxis.
  - Arzt/Arzthelferin sollte wissen, wo alles griffbereit liegt.
  - Der Patient bleibt beaufsichtigt, bis er an den Notarzt/Rettungsasistenten übergeben wird oder der Arzt entscheidet dass der Patient nach Hause darf.
  - Eventuell Angehörige informieren z.B. bei Krankenhauseinweisung oder wenn der Patient nicht alleine sein sollte.

Notfall im Hausbesuch

- Die Arzthelferin die das Telefonat angenommen hat, muss alle Symptome aufnehmen und nach den Vitalzeichen fragen, wenn der Patient z.B. im Altenheim wohnt oder ein Messgerät vorhanden ist.
  - Die Arzthelferin entscheidet, ob es bedrohlich ist und der Arzt aus dem Sprechzimmer geholt wird oder die Behandlung noch abgeschlossen werden kann.
  - Bei Zweifel immer den Arzt einschalten.
  - Die Krankenakte mit Blanko Krankenhauseinweisung und Transportschein, Rezepte und Arztkoffer bereitstellen.
  - Je nach dem, wie die Praxis besetz ist, begleitet eine Arzthelferin den Arzt zum Hausbesuch.
  - Der Arzt oder Arzthelferin misst als erstes die Vitalzeichen und schaut nach der Bewusstseinslage.
  - Wenn der Patient im Altenheim wohnt, sollte eine examinierte Pflegekraft dabei sein oder bei dem Hausbesuch privat ein Angehöriger.

- Der Arzt stellt fest, ob der Patient stationär versorgt werden muss oder vor Ort behandelt werden kann.
    - Wenn eine stationäre Behandlung erforderlich ist, ruft die Arzthelferin oder Pflegekraft oder der Arzt den Rettungswagen/KTW/Notarzt.
    - Anmeldung im Krakenhaus, bei Wunsch-Krankenhaus durch den Arzt.
    - In der Zeit ist die Erstversorgung/Medikamenten-Gabe/ Infusion mit Assistenz durch Arzthelferin oder Pflegekraft schon durchgeführt worden.
    - Der Patient bleibt beaufsichtigt, bis er an den Notarzt/ Rettungsassistenten übergeben wird oder der Arzt entscheidet, dass der Patient stabil ist.

Wie rufe ich einen Rettungswagen?

- Telefonnummer : 112 (Feuerwehr)
- Telefonnummer: 19 222 (Feuerwehr-Krankentransport)

Der Arzt entscheidet ob der Patient mit Rettungswagen mit oder ohne Notarzt, Krankentransport liegend oder sitzend abgeholt werden soll.

- Bei Anruf meldet sich die Arzthelferin mit dem Praxisnahmen und sagt als erstes was für ein Transport benötigt wird,
- Durchgeben der Diagnosen,
- wo soll der Patient abgeholt werden,
- Adresse Straße, Postleitzahl, untere Etage über Gartentreppe,
- wenn der Patient im Krankenhaus angemeldet wurde, mitteilen wohin!
- nicht sofort auflegen, es können noch Fragen seitens der Feuerwehr auftreten.

Erstversorgung

- Vitalzeichen messen und Erhebung der Bewusstseinslage,
- Basismaßnahme; Z. b. Beine hoch lagern, Patenten beruhigen….,
- Blutzucker messen,
- evtl. Anlage Infusion.

Fortbildung und Besprechung Praxisteam

Fortbildung:

- Es ist empfehlenswert, alle 2 Jahre als Praxisteam (Arzt und Arzthelferinnen) Eine Notfall – Fortbildung zu machen.

Besprechung:

- Es ist empfehlenswert 1 x jährlich als Praxisteam den Notfallkoffer zu besprechen und anzuschauen.
- Wenn möglich mit praktischen Übungen z.B. Herz-Rhythmusmassage an einer Übungspuppe.
- Besprechung- Ablauf eines Notfalls evt. Mit Rollenspiel.

Arztkoffer/Notfallkoffer/ Notfallmedikamente in der Arztpraxis

Arztkoffer:

Was sollte in einem Arztkoffer enthalten sein (Beispiel):

- Medikamenten-Ampullen
  (in beschrifteter Ampullenschachtel)
- Schmerzmittel-Ampullen:
  - Buscopan,
  - Diclofenac,
  - Dexa 4 mg/8 mg,
  - Solu Decortin 100 mg,
  - NaCl 09% 2 ml,
  - Morphin 10 mg,
  - ASS 1 g,
  - Tramal,
  - Xylocain,
  - Procain 2 ml.
- Andere Wirkstoffe
  - Adrenalin 1 :1000=Suprarenin,
  - Solosin,
  - Atropinsulfat,
  - Beloc,
  - Bryaconel,
  - Catapresan,
  - Diazepam 10 mg,
  - Fenistil,
  - Heparin,
  - Haldol,
  - Lasix 20 und 40 mg, Torem 10 mg,
  - Methergin,
  - MCP,
  - Verapamil,
  - Vomex A.
- Sonstiges
  - 1 10 ml Spritze, 4 5 ml-Spritzen, 4 2 ml-Spritzen,
  - 5 Kanülen Nummer 17, 5 Nummer 27,
  - 2 Braunülen rosa, 2 Braunülen blau, 2 Butterfly grün,
  - 1 Infusionsbesteck,
  - Tupfer steril,
  - Leukosilk,
  - Betaisodona-Lösung,
  - Mullbinden 8 cm,

    - Desinfektionspray Softasept,
    - Stauschlauch,
    - NACL 0,9% 500ml/250ml/100ml,
    - Handschuhe.
- Tabletten:
    - Nifedipin Kapseln,
    - Nitro Zerbeißkapseln.
- Hilfsmittel für Erstversorgung einer Wunde:
    - Desinfektionsspray,
    - ES-Kompressen sterin und unsteril,
    - Elastomull-Binden 4 8 10 cm,
    - Handmaske für Beatmung,
    - Blutzuckermessgerät,
    - Vaseline,
    - Fingerlinge,
    - Fiebertermometer,
    - 1 Scalpell,
    - Mundspatel,
    - Pinzette,
    - Ohrentrichter /Ohrspiegel,
    - Zentimeterband,
    - Stempel.
- Es sollte sich im Arztkoffer eine Mappe mit folgenden Blanko –Formularen befinden:
    - Krankenhauseinweisung,
    - Krankentransportschein,
    - Privatrezepten,
    - Kassenrezepten,
    - Überweisungen,
    - Quittung für Notfallgebühren.
- Kontrolle der Ampullen, Medikamente und Hilfsmittel halbjährlich mit Dokumentation z.B. im Arztkoffer, Terminplan.
- Notfallkoffer/Raum
- Der Notfallkoffer hat zusätzlich zu den Ampullen und Medikamenten und Hilfsmitteln des Arztkoffers noch folgende Hilfsmittel zu enthalten:
    - Absauggerät,
    - Sauerstoffgerät,
    - Beatmungshilfe mit Mundstücken in verschiedenen Größen,
    - Trachealtuben plus Hilfsmittel in verschiedenen Größen,
    - Laryngoskop für Erwachsene und Kinder.
- Bei den Hilfsmitteln muss gewährleistet sein das die Kontrolle der Geräte regelmäßig halbjährlich durchgeführt werden.

2.4.1 Psychiatrische Notfälle

Qualitätsziele:

Versorgung akut dekompensierter oder bedrohter Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Voraussetzung:

Selbst- und/oder Fremdgefährdung und Vorhandensein oder Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung.

Schritte zur Umsetzung

Was ist zu tun?

- Überprüfung des Status,
- organische Erkrankung?
- psychiatrische Erkrankung?
- Selbstgefährdung?
- Fremdgefährdung?

Therapie:

- Krisengespräch, Medikation, Einweisung in Klinik, ggf. gegen Willen des Pat. (familiengerichtlich/PsychKG), Hinzuziehung des Jugendamtes.

Wer tut es?

- Arzt

Wer verantwortet es? Wie wird es überprüft?

- Arzt

Psychiatrische Notfälle im Kindes- und Jugendalter, Unterbringung in Fachklinik oder –Abteilung

Kein Grund zur Notfallaufnahme ist z.B.:

- isolierte Störung des Sozialverhaltens ohne psychiatrische Erkrankung, z. B. Klauen, Einbrechen, Prostitution;
- Drogenkonsum ohne psychiatrische Erkrankung,
- somatische Störungen, z.B. Intoxikationen, pathologischer Rausch u.a.

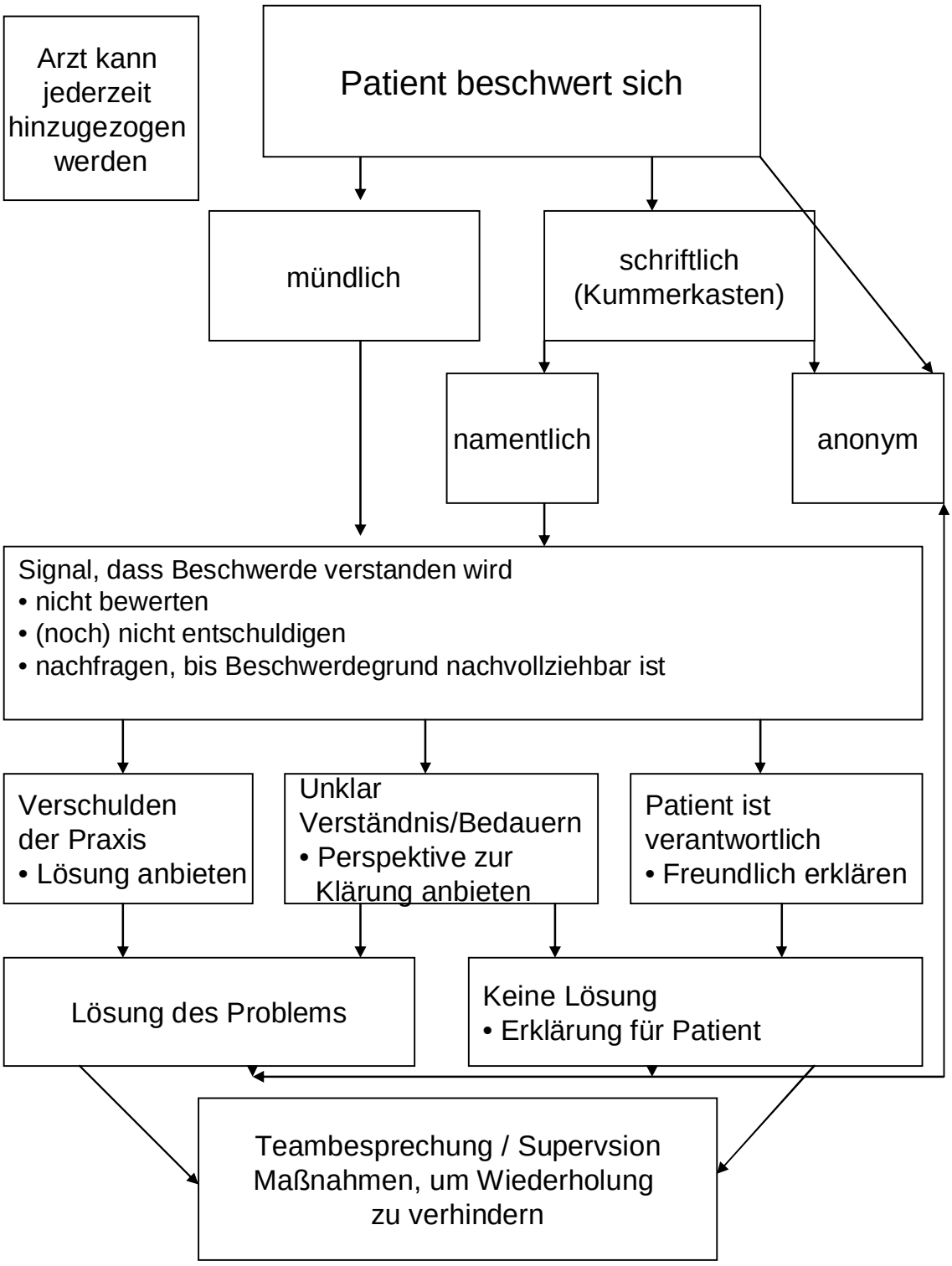
In anderen Fällen, z. B. diagnostische Abklärung bei Verdacht auf Psychose, Schulphobie muss die richterliche Genehmigung vor Aufnahme vorliegen.

Zusammenfassung zum rechtlichen Hintergrund:

Kind will stationär behandelt werden	**Eltern wollen stationäre Behandlung des Kindes**	**Rechtsgrundlage, Vorgehen**	**Bemerkungen**
Ja	Ja	Freiwillige Aufnahme gegen Unterschrift	Jederzeit widerrufbar, dann gerichtliche Unterbringung oder Entlassung innerhalb 24 Stunden
Nein	Ja	Familiengerichtliche Unterbringung geschlossen. • Schreiben eines ärztlichen Attestes zum Antrag der Eltern auf UB • Eltern beantragen UB beim Familiengericht (Amtsgericht) des Wohnortes	Häufigste Form der geschlossenen Unterbringung in der KJP bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung und psychiatrischer Erkrankung
Nein	Nein (oder nicht auffindbar)	Unterbringung nach PsychKG über Ordnungsamt; Antrag des Arztes; Bestätigung bis zum Ablauf des Folgetages durch Gericht	Gericht prüft vorübergehenden Sorgerechtsentzug; Maßnahme ist insgesamt heikel, da ganze Familie zum Gegner werden kann
Ja	Nein (oder nicht auffindbar)	Sorgerechtsentzug unter Einschaltung des Jugendamtes	Klinik soll nicht direkt das Sorgerecht erhalten!

Uwe Momsen
Arne Schmidt
Unter Mitarbeit von Gundula Birkenfeld und Dr. Renate Packroff

2.6 Beschwerdemanagement für Patienten



3 Mitarbeiter

3.1 Mitarbeiterverträge

Arne Schmidt

3.1.1 Mustervertrag sozialpsychiatrische Mitarbeiter/in in Festanstellung

Arbeitsvertrag

Zwischen Frau Sonderschullehrerin Ursula Schmidt, Am Probsthof 1 a, Bonn
(Arbeitgeberin)

und

Frau Bettine von X……
(Arbeitnehmerin)

wird folgender Arbeitsvertrag geschlossen:

§ 1
Aufgaben

Frau X arbeitet ab dem 1.6.1999 in der Praxisgemeinschaft als Dipl.- Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin als Therapeut/-in im Rahmen einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Zu ihren Aufgaben gehören Diagnostik, Beratung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und ggf. somatischen Störungen, Behinderungen und Problemlagen und deren Bezugspersonen sowie die Weiterbildung hierin, außerdem die Teilnahme an Therapiebesprechungen und die ausreichende Dokumentation dieser Tätigkeiten in den Krankenakten. Zum Arbeitsgebiet können auch standardisierte Diagnostik aller Art (z.B. Leistungs- oder Teilleistungstests), Gruppentherapien für Kinder und Bezugspersonen etc. gehören. Beide Seiten sind übereingekommen, dass Frau X etwa 70-80% ihrer Arbeitszeit im unmittelbaren Patientenkontakt verbringt; die verbleibende Zeit sind für Telefonate, Auswertungen und Dokumentation sowie interne Besprechungen vorgesehen.

§ 2
Gültigkeit

Dieser Vertrag wird ab dem 1.06.1999 auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die ersten sechs Monate bis zum 30.11.1999 gelten als Probezeit. In dieser Zeit kann das Arbeitsverhältnis mit der gesetzlichen Frist von 2 Wochen gekündigt werden. Danach kann das Arbeitsverhältnis mit einer Frist von sechs Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Der Arbeitsvertrag endet mit Eintritt der vollen Erwerbsunfähigkeit und des Renteneintrittes. Er kann aus wichtigem Grund gemäß § 626 BGB fristlos gekündigt werden.

Beide Seiten vereinbaren, dass die Voraussetzung zum Inkrafttreten dieses Vertrages die Genehmigung der Einstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Vereinigung für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, da die Einstellung nur so refinanziert werden kann. Sollte seitens der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung die sozialpsychiatrische Vereinbarung gekündigt oder wesentlich verändert werden, gilt dies als außerordentlicher Kündigungsgrund; der Arbeitsvertrag endet dann zum gleichen Zeitpunkt.

§ 3
Vergütung, Arbeitszeit, Urlaub

Frau X wird mit 87,5% einer vollen Stelle eingestellt. Dies entspricht einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden (40 Stunden bei einer vollen Stelle). Das Bruttogehalt beträgt in Bezug auf eine volle Stelle ….EUR, und damit für 87,5% ….EUR. Nach 12 Monaten Betriebszugehörigkeit ist eine Lohnsteigerung um ….EUR brutto monatlich vorgesehen. Weitere Lohnsteigerungen sind Sache der individuellen Verhandlung; ein Tarifvertrag findet keine Anwendung. Zusätzlich wird im Monat Juni ein Urlaubsgeld von 150,-- EUR und im Monat November eine Sonderzuwendung von einem Bruttogehalt gezahlt. Für 2007 erfolgt diese Zahlung anteilig für sieben Monate. Bei Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis auf Wunsch der Arbeitnehmerin vor dem 1.4. des Folgejahres ist die Sonderzuwendung aus November zurück zu zahlen. Diese Sonderzahlungen sind freiwillig, jederzeit bis zu 6 Monate im Voraus widerrufbar und bergen in sich auch bei mehrfacher Zahlung keinerlei Gewohnheitsrecht. Sonntags- und Nachtarbeit sind nicht vorgesehen. Mehrarbeit wird grundsätzlich durch Freizeit ausgeglichen.

Der Erholungsurlaub unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes beträgt 28 Tage gerechnet bei einer 5- Tage-Woche. Im Krankheits- oder Verhinderungsfall ist der Arbeitgeber sofort zu benachrichtigen. Ab dem 3. Krankheitstag ist die Erkrankung durch Vorlage eines ärztlichen Attestes nachzuweisen. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Für den Tod eines im gleichen Haushalt lebenden Angehörigen und für Heirat wird eine Arbeitsbefreiung von zwei Tagen gewährt.

Ansprüche aus diesem Vertrag müssen innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten nach Fälligkeit geltend gemacht werden.

§ 4
Fort- und Weiterbildung

Für Weiterbildung im betrieblichen Interesse wird eine Freistellung von max. 5 Tagen pro Jahr gewährt. Weiterbildung unter diesen Bedingungen bedarf der Zustimmung des Arbeitgebers. Eine Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung des Arbeitgebers an Fortbildungskosten erfolgt nach Absprache. Frau X hat bereits vor der Aufnahme der Tätigkeit aus diesem Vertrag eine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin begonnen, die sie weiter fortführt. Die heraus resultierenden Fortbildungskosten gehen nicht zu Lasten des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber ist bestrebt, ab 1.10.2007 eine Weiterbildungsermächtigung im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzuhalten.

§ 5
Weitere Vereinbarungen

Die Tätigkeit kann in allen Räumen, Filialen oder Betriebsorten der Praxis nach Weisung des Arbeitgebers erfolgen. In besonderen Fällen ist eine externe Tätigkeit, z.B. als aufsuchende Therapie oder im Rahmen von externen Besprechungen oder Fortbildungen möglich. Erfüllungsgehilfen von Frau X haben Zutritt zur Praxis nur nach Absprache. Frau X verpflichtet sich zur sorgfältigen Einhaltung der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und des Datenschutzes in den jeweils gelten Bestimmungen. Krankenunterlagen und Aufzeichnungen aller Art müssen zu jeder Zeit in der Praxis verbleiben und zugänglich sein. Mit ihrem Ausscheiden gibt Frau X alle diese Unterlagen an den Arbeitgeber zurück. Kopien hiervon (auch Daten) hat sie unaufgefordert sicher zu vernichten.

Dieser Vertrag unterliegt keinen zusätzlichen Tarifvereinbarungen. Änderungen und Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Die festgestellte Unwirksamkeit einzelner Vertragsbestandteile hat nicht die Unwirksamkeit des gesamten Vertrages zur Folge. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Bonn.

Herdecke, den …….

……	……
Bettine von X	Ursula Schmidt

3.1.2 Honorarvertrag

Zwischen Herrn Dr. Wolfgang Amadeus Mozart und Johann Wolfgang von Goethe,
Beurhausstr. 7, 44225 Dortmund,
(Arbeitgeber)

und

Frau Bettine von X……..
(Arbeitnehmerin)

wird folgender Honorarvertrag geschlossen:

Frau X arbeitet als Dipl.- Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin in der Praxis als Therapeut/-in im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mit. Zu ihren Aufgaben gehören Diagnostik, Beratung und Therapie von psychischen und ggf. somatischen Störungen, Behinderungen und Problemlagen bei Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen, ggf. nach Anweisung der Arbeitgeber, und die Teilnahme an Therapiebesprechungen, außerdem die ausreichende Dokumentation dieser Tätigkeiten in den Krankenakten. Es sind Einzel- und Gruppentherapien möglich. Beide Seiten sind übereingekommen, dass Frau X etwa 70-80% ihrer Arbeitszeit im unmittelbaren Patientenkontakt verbringt. Frau X gestaltet ihre Arbeitszeit selbst eigenverantwortlich nach pflichtgemäßem Ermessen. Frau X verpflichtet sich, arbeitsablaufbedingte Koordinationsarbeiten und sonstige Arbeit sachgerecht und eigenverantwortlich durchzuführen. Sie ist insoweit in ihrer Tätigkeit nicht weisungsgebunden.

Die Tätigkeit wird in den Praxisräumen ausgeführt. Erfüllungsgehilfen von Frau X haben Zutritt zur Praxis nur nach Absprache.

Die Praxisgemeinschaft zahlt pro geleisteter Stunde ein Honorar von -- EUR. Mit der Bezahlung des Honorars sind alle Ansprüche aus dem Beschäftigungsverhältnis abgegolten. Sonderzahlungen bedürfen einer gesonderten Vereinbarung und bergen in sich keinerlei Gewohnheitsrecht. Frau X sorgt selber für die Versteuerung der Einkünfte und ggf. für die Bezahlung von Sozialabgaben. Sie stellt gegenüber der Praxisgemeinschaft eine monatliche Rechnung aus. Die Rechnung muss stundenmäßig spezifiziert und als Honorar für freie Mitarbeitertätigkeit ausgewiesen sein. Ein Anspruch auf das Honorar entfällt, wenn die Tätigkeit nicht ausgeübt wird.

Mit dieser Vereinbarung wird kein Anspruch auf regelmäßige Heranziehung oder Übernahme zu einer Tätigkeit in der Praxis begründet, ebenso wenig wird durch diese Vereinbarung ein Anspruch auf Begründung eines Arbeitsverhältnisses erworben.

Frau X verpflichtet sich zur sorgfältigen Einhaltung der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen. Krankenunterlagen und Aufzeichnungen aller Art müssen zu jeder Zeit in der Praxis verbleiben und zugänglich sein. Urheberrechtlich geschützte Arbeitsergebnisse stehen dem Urheberrechtsinhaber und ansonsten der Praxisgemeinschaft zu, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

Dieser Vertrag wird ab dem ….. geschlossen. Er kann mit Frist von einem Monat zum Monatsende gekündigt werden. Er gilt auch als gekündigt, wenn die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung der Praxisgemeinschaft mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe beendet wird. Änderungen und Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Dortmund.

Datum……

……..	…….....	…….
Bettine von X	Dr. W.A. Mozart	J.W. von Goethe

3.1.3 Vertrag über eine Praxisgemeinschaft

Herr Karl Marx, Karl- Marx- Stadt

und

Herr Dr. Walter Rathenau, Chemnitz,

im folgenden Partner genannt,

beabsichtigen, ihre ärztlichen Praxen in Form einer Praxisgemeinschaft zu betreiben.

Zu diesem Zweck treffen sie folgende Vereinbarung:

§ 1
Gegenstand des Vertrages

(1) Die Partner schließen sich zur gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen, und Inventar und zur gemeinsamen Beschäftigung von MitarbeiterInnen zusammen. Herr Marx ist als Kinderarzt und Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie tätig und beschäftigt Mitarbeiterinnen im Rahmen einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Dr. Rathenau ist als Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie tätig und wird voraussichtlich ebenfalls im Rahmen einer eigenen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung therapeutische Mitarbeiter beschäftigen.

(2) Jeder Partner übt seinen Beruf unter seinem Namen aus und ist allein für sein ärztliches Handeln verantwortlich.

(3) Jeder Partner liquidiert selbst für seine ärztliche Tätigkeit.

(4) Die Partner verpflichten sich untereinander zur kollegialen Zusammenarbeit, zur gegenseitigen Information und zur konsiliarischen Tätigkeit.

(5) Die freie Arztwahl der Patienten bleibt gewährleistet.

(6) Die Partner verpflichten sich, alle erforderlichen Stellen, Behörden, die KV etc. von der Praxisgemeinschaft zu unterrichten.

§ 2
Praxisräume

(1) Die Partner nutzen Räume des Hauses Chemnitzer Weg 99a in Karl- Marx- Stadt. Vermieter ist Herr Jakob Fugger, Kapitalistenstr. 99c, Chemnitz.

(2) Die Praxisräume werden zum ca. … angemietet. Dr. Rathenau wird zum ca. … mit einziehen. Die Räume bestehen aus insgesamt ca. 265 m2 Nutzfläche mit folgender Aufteilung:

- gemeinsamen Räumen: Wartezimmer, Anmeldung, Flure, Personal- und Patienten-WC, Sozialraum, Archiv., insgesamt 74,6 m2, davon entfallen wegen der unterschiedlich starken Nutzung drei Teile oder 55,95 m2 auf Herrn Marx, ein Teil oder 18,6 m2 auf Dr. Rathenau. Die Räume im Untergeschoss werden im Rahmen einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, die für Herrn Marx vorliegt und die Dr. Rathenau abschließen wird, von zusätzlichen Therapeuten genutzt. Die Nutzung der 103,75 m2 in der unteren Etage erfolgt jeweils zur Hälfte (je 51,88 m2).
- getrennten Räumen:
  - für Herrn Karl Marx: Vier Sprechzimmer, Labor
  - für Herrn Dr Rathenau: Sprechzimmer mit ca. 21 m2.

Somit ergibt sich für Dr. Rathenau ein Mietanteil für 91,48 m2 (34,7%), . Herr Marx trägt die Kosten für die restliche Fläche (65,3%).

§3
Einrichtungen

(1) Jeder Partner richtet sein/e Sprechzimmer selbst ein; die darin befindlichen Gegenstände verbleiben im Eigentum des jeweiligen Partners. Jeder Partner hat das Recht, auf eigenen Namen und für eigene Rechnung Investitionen zu tätigen.

(2) Über die gemeinsam benutzten Einrichtungen, Geräte (z.B. Telefonanlage, psychologische Tests, Karteischränke, PC-Serveranlage, Fax, Drucker), ist fortlaufend ein Inventarverzeichnis zu führen.

(3) In dem Inventarverzeichnis ist festzuhalten, welcher der Partner die einzelnen Gegenstände zu welchem Wert der Praxisgemeinschaft zur Nutzung zur Verfügung stellt und welche Gegenstände mit Mitteln der Praxisgemeinschaft als Gesellschaftseigentum erworben werden. Die Benutzung der gemeinsam genutzten Einrichtungen, Geräte erfolgt im Einvernehmen.

§ 4
Aufbringung der Mittel

(1) Kostendeckungsbeiträge sind die jeweiligen Beiträge der Vertragspartner zur Deckung der gemeinschaftlichen Kosten der Praxisgemeinschaft.

(2) Die Vertragspartner werden monatlich und im Voraus die zur Kostendeckung erforderlichen Beiträge auf das Konto der Praxisgemeinschaft überweisen. Bei verspäteter Zahlung hat der betroffene Vertragspartner den sich hieraus ergebenden Schaden zu ersetzen.

(3) Die Höhe der monatlich zu entrichtenden Beiträge wird zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich festgesetzt und gegebenenfalls der Entwicklung der jeweiligen Praxistätigkeit und / oder der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst.

(4) Die Anschaffungskosten der gemeinsam benutzten Einrichtungen werden, soweit keine abweichende Vereinbarung getroffen wird im Verhältnis 1:2 (Dr. Rathenau ein Teil oder 33%, Herr Marx 2 Teile oder 66%) getragen. Vereinbarungsgemäß zur gemeinsamen Nutzung angeschaffte psychologische Tests und gemeinsam genutzte Literatur werden von den Partnern je zur Hälfte bezahlt. Die Partner sind an diesen Einrichtungen zu entsprechenden Anteilen beteiligt.

(5) Zu den Betriebskosten der Praxisgemeinschaft gehören insbesondere folgende Aufwendungen:

- Gehälter und Sozialabgaben für die gemeinsamen Mitarbeiter,
- Mieten und Kosten für Wartung und Reparaturen,
- Kosten des ärztlichen Bedarfs,
- Wasser, Gas, Strom, Postgebühren, Telefon, Versicherungsprämien,
- Abschreibungen.

(6) Die laufenden Betriebskosten der Praxisgemeinschaft tragen die Partner folgendermaßen:

- Miete (S §2), Mietnebenkosten, Müllabfuhr, Wasser Strom, Versicherungen, Grundgebühr für Telefon etc. entsprechend der Aufteilung der Nutzflächen (Dr. Rathenau 34,7%, Herr Marx 65,3%), soweit nicht durch die Nebenkostenvorauszahlung von zur Zeit 1,30 EUR pro m2 an den Vermieter abgedeckt.
- Abweichend hiervon übernimmt Dr Rathenau für den Zeitraum des tatsächlichen Mietbeginnes für die Praxisräume bis zum 30.9.05 die Kosten der Warmmiete nur für sein Sprechzimmer (21 m2).
- Mitarbeiter, die im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen der Partner von diesen eingestellt sind oder werden, werden zu gleichen Teilen bezahlt.
- Dr. Rathenau trägt zunächst die Kosten von 0,25 Stellen einer Arzthelferin. Über den tatsächlichen Arbeitsaufwand und dessen Aufteilung zwischen den Partnern wird soweit möglich, zunächst Buch geführt. Die Partner verpflichten sich, die Kostenanteile entsprechend den ermittelten Verhältnissen anzupassen.
- Labor, Geräte und Sachbedarf aus der rein somatischen Medizin (Laborröhrchen, etc.) werden von Herrn Marx allein angeschafft, genutzt und gewartet. Tests und Geräte, die vereinbarungsgemäß zur gemeinsamen Nutzung im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie angeschafft werden, werden je zur Hälfte bezahlt.
- Wartung und Reparaturen für gemeinsam genutzte Geräte erfolgt im Verhältnis 1:2 (Dr. Rathenau ein Teil oder 33%, Herr Marx 2 Teile oder 66%). Portokosten trägt jeder Partner separat.
- Telefon-Gesprächskosten, Internetverbindungen etc. werden nach tatsächlichem Anfall von jedem Partner bezahlt.

(7) Die Vertragspartner sind übereingekommen, die Kostendeckungsbeiträge zunächst wie folgt festzulegen:

- Karl Marx EUR _____,-
- Dr. Walter Rathenau EUR _____,-

(8) Folgende Kosten werden von dem jeweiligen Vertragspartner entrichtet und gehören nicht zu den gemeinschaftlichen Kosten der Praxisgemeinschaft:

- Beiträge zur Ärztekammer,
- Beiträge für die Mitgliedschaft in Berufsorganisationen,
- Beiträge zum Versorgungswerk der Ärztekammer,
- Kosten von berufsbezogenen Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen,
- Kfz-Kosten (Anschaffung und laufende Kosten).

§ 5
Sprechstunden

(1) Die Sprechstundenzeiten werden im gegenseitigen Einvernehmen festgelegt. Während der üblichen Sprechstundenzeiten muss die Praxisgemeinschaft ausreichend besetzt sein. Hierbei deckt Herr Marx allein – ggf. mit PraxisassistentInnen – die kinderärztliche Versorgung ab.

(2) Es wird sichergestellt, dass jeder Patient den Arzt seines Vertrauens innerhalb der Praxisgemeinschaft - auch telefonisch - erreichen kann, abgesehen von Vertretungs- und Notfällen.

§ 6
Mitarbeiter

(1) Die Partner regeln Personalangelegenheiten und den Einsatz der Mitarbeiter einvernehmlich.

(2) In dringenden Fällen kann der allein anwesende Partner Aushilfskräfte einstellen.

§ 7
Urlaub, Fortbildung

(1) Jeder Partner hat das Recht, jährlichen Erholungsurlaub von 6 Wochen zu nehmen.

(2) Die Gesellschafter sind verpflichtet, die Zeiten ihrer voraussichtlichen Abwesenheit aus Urlaubsgründen und aus Gründen der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen frühzeitig gemeinsam abzustimmen und möglichst für das Kalenderjahr in einem Plan im Voraus festzulegen. Während der Urlaubszeit muss die ärztliche Versorgung der Patienten sichergestellt sein.

(3) Die Partner sind zu praxisbezogener Fortbildung berechtigt und verpflichtet.

(4) Nicht als Urlaub im Sinne dieser Regelung gilt kurzfristige Abwesenheit bis zu einer jährlichen Gesamthöchstdauer von 5 Tagen aufgrund familiärer Ereignisse, Erfüllung staatsbürgerlicher Pflichten oder berufspolitischer Betätigung.

§ 8
Vertretung

(1) In sprechstundenfreien Zeiten, bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Abwesenheit, vertreten sich die Partner einvernehmlich und gegenseitig für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Herr Marx deckt allein – ggf. mit PraxisassistentInnen – die kinderärztliche Versorgung ab.

(2) Im Übrigen hat jeder Partner bei Urlaub oder sonstiger Abwesenheit dafür zu sorgen, dass die ärztliche Versorgung seiner Patienten sichergestellt wird. Wird ein Vertreter beauftragt, gehen die Kosten zu Lasten des zu Vertretenden.

§ 9
Versicherungen

(1) Die Partner unterhalten - jeder für sich - eine ausreichende Krankenversicherung. Die Kosten trägt jeder Partner selbst. Krankentagegeldzahlungen stehen dem Erkrankten zu.

(2) Die Partner sorgen - jeder für sich - für eine ausreichende Haftpflichtversicherung. Von dieser nicht getragene Haftpflichtschäden hat der Partner selbst zu tragen.

§ 10
Geschäftsführung, Haftung

(1) Die Partner führen die Geschäfte der Praxisgemeinschaft im gegenseitigen Einvernehmen.

(2) Aufgaben der Geschäftsführung sind vor allem die Einstellung, Entlassung und Regelung der Inanspruchnahme der gemeinsamen Mitarbeiter, die Beschaffung des laufenden ärztlichen Bedarfs, die Wartung des Inventars, die Erstellung einer ordentlichen Buchführung sowie die Durchführung und Kontrolle der finanziellen Vereinbarungen, insbesondere der Einziehung der Beiträge für Betriebskosten und Investitionen.

(3) Die Vertragspartner haften im Außenverhältnis für alle Verbindlichkeiten der Praxis als Gesamtschuldner.

(4) Neuinvestitionen/Neuanschaffungen können die Vertragspartner auch gemeinschaftlich vornehmen. Die Vertragspartner werden sodann zur Finanzierung dieser Neuinvestitionen jeweils entsprechend ihrer Absprache beitragen. Jeder Vertragspartner verpflichtet sich, bei gemeinschaftlichen Investitionen entsprechende Kapitaleinlagen zu leisten oder entsprechende Verbindlichkeiten einzugehen.

(5) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass die Praxisgemeinschaft eine reine Kostengemeinschaft ist und keine Gewinne erwirtschaftet werden.

(6) Etwaige Verluste haben die Vertragspartner im Innenverhältnis jeweils im Verhältnis 1:2 (Dr. Rathenau ein Teil oder 33%, Herr Marx 2 Teile oder 66%) zu tragen.

(7) Über sämtliche Einnahmen und Ausgaben der Praxisgemeinschaft ist ordnungsgemäß Buch zu führen. Jeder Vertragspartner hat das Recht zur Einsichtnahme in sämtliche Geschäftsunterlagen der Gesellschaft.

§ 11
Vertretung der Praxisgemeinschaft

Die Geschäftsführung und die rechtsgeschäftliche Vertretung erfolgt durch die Partner gemeinsam. In außergewöhnlichen Fällen (Urlaub, Abwesenheit) Unerreichbarkeit) kann ein Partner unaufschiebbare Entscheidungen allein treffen. Jeder Partner darf unabhängig davon für die Praxisgemeinschaft über Kosten bis zu einer Höhe von pro Fall einmalig 500,-- EUR allein entscheiden (max. 1000,-- EUR pro Jahr).

§ 12
Aufnahme neuer Partner

(1) Die Partner können neue Partner einvernehmlich in die Praxisgemeinschaft aufnehmen.

(2) Über die von einem Partner zu leistenden Zahlungen/Einlagen entscheiden die bisherigen Partner einvernehmlich.

(3) Tritt ein neuer Partner für einen ausscheidenden Partner ein, so hat der neu eintretende Partner einen Betrag in Höhe des Anteils des ausscheidenden Partners an die Praxisgemeinschaft zu zahlen.

§ 13
Ausscheiden eines Partners

(1) Die Gesellschaft beginnt am ….. und ist auf unbestimmte Zeit errichtet.

(2) Bei Ausscheiden eines Partners wird die Praxis von dem/den verbleibenden Partner(n) fortgesetzt.

(3) Ausscheidungsgründe sind:

- Kündigung eines Partners,
- Tod eines Partners,
- Ausschluss durch die übrigen Partner,
- ärztlich festgestellte dauernde Berufsunfähigkeit.

(4) Jeder Partner kann seine Beteiligung an der Praxisgemeinschaft mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalendervierteljahres gegenüber den anderen Partnern kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

(5) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt jedem Partner vorbehalten.

(6) Ein Partner kann durch Beschluss der übrigen Partner aus der Praxisgemeinschaft ausgeschlossen werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt zum Beispiel vor bei Verlust der Approbation, Eröffnung des Konkurses über sein Vermögen, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, Berufsverbot.

(7) Ein Partner scheidet aus, wenn er nach ärztlicher Feststellung unfähig ist, seinen ärztlichen Beruf im Rahmen der Praxisgemeinschaft auszuüben, und zwar zu dem Zeitpunkt, zu dem die dauernde Berufsunfähigkeit feststeht.

(8) Zum Ausscheidenszeitpunkt wird unter Berücksichtigung der bis zu diesem Termin entstandenen Einlagen und Ausgaben der Praxisgemeinschaft eine Auseinandersetzungsbilanz erstellt. Der ausscheidende Vertragspartner hat einen Anspruch auf Auszahlung zu hoher Kostendeckungsbeiträge bzw. zu hoher Einlagen. An einem etwaigen Verlust des zur Zeit seines Ausscheidens laufenden Geschäftsjahres nimmt er zeitanteilig teil.

(9) Eine ausstehende Einlage oder ein ausstehender Kostendeckungsbeitrag vermindern gegebenenfalls das Abfindungsguthaben.

(10) Der ausscheidende Partner bzw. seine Erben erhalten von der Praxisgemeinschaft als Abfindung einen Geldbetrag in Höhe seines zum Zeitpunkt des Ausscheidens gültigen Vermögensanteils.

§ 14
Auflösung der Praxisgemeinschaft und Auseinandersetzung

(1) Die Praxisgemeinschaft kann durch einstimmigen Beschluss aufgehoben werden.

(2) Erzielen die Partner kein Einvernehmen über die Abwicklung der Auflösung, gelten die Bestimmungen des § 730 ff BGB.

§ 15
Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 16
Anwendbare Bestimmungen, Teilnichtigkeit

(1) Auf diesen Vertrag finden ergänzend die Vorschriften des BGB, insbesondere die Bestimmungen über die Gesellschaft, § 705 bis 740 BGB, Anwendung.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen treten diejenigen Regelungen, die die Partner unter Berücksichtigung des Grundsatzes von Treu und Glauben in Kenntnis der Unwirksamkeit der Bestimmungen getroffen hätten.

§ 17
Schiedsvereinbarungen

Für alle aus diesem Vertrag entstehenden Streitigkeiten wird vor einer gerichtlichen Auseinandersetzung ein Schiedsgutachtenverfahren aufgrund besonderer schriftlicher Vereinbarung durchgeführt.

§ 18
Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am …… in Kraft.

Ort, ……. Datum,…….

…….. ……

Walter Rathenau Karl Marx

3.2 Arbeitsplatzbeschreibung

Uwe Momsen
Arne Schmidt
Gundula Birkenfeld

3.2.1 Arbeitsplatzbeschreibung Arzthelferinnen

Qualitätsziele:

- Sicheres Arbeiten aller Angestellten.
- Verbesserung der Patientenversorgung.
- Optimale Information unter den Angestellten und Ärzten um einen optimalen Ablauf zu gewährleisten.

Schritte zur Umsetzung

was ist zu tun?	wer tut es?	wer verantwortet es? Wie wird es überprüft?
Voranfrage/Versand Fragebogen (psychiat. Pat.)	Arzthelferin	Arzthelferin
Sichtung Anmeldefragebogen (psych. Pat.)	Arzt	Arzt
Anmeldung Patient Termine tel. oder Patient persönlich	Arzthelferin	Arzthelferin
Patientenannahme Chipkarte / Karteikarte vorbereiten	Arzthelferin	Arzthelferin
Patient in die Untersuchungszimmer weisen	Arzthelferin/Arzt	Arzthelferin/Arzt
Vorsorgeuntersuchungen vorbereiten	Arzthelferin	Arzthelferin
Vorbereitung Laboruntersuchungen	Arzthelferin	Arzt
Verbände	Arzthelferin	Arzt
Impfungen vorbereiten	Arzthelferin	Arzt
Tägliche Dateneingabe und Sicherung	Arzthelferin	Arzt
Abrechnung KV, Abrechnung Privatpatienten mit Privatverrechnungsstelle	Arzthelferin	Arzt
Abrechnungen Kassenbuch Praxis	Arzthelferin	Arzthelferin
Privatrechnungen für Atteste	Arzthelferin	Arzt
Bestellungen Laborbedarf, Impfstoffe, Hygieneartikel, Desinfektionsmittel,	Arzthelferin	Arzthelferin
Bürobedarf, Material für Drucker ,Kopierer, Fax,	Arzthelferin/Arzt	Arzt

3.2.2 Arbeitsplatzbeschreibung Angestellte Kinderärztin

Patient-Kontakt

- Erkrankung- Anamnese-Untersuchung,
- körperliche Untersuchung,
- Kindervorsorgeuntersuchung U2-U9 und J1,
- Länge, KU, Gewicht,
- RR,
- Blutentnahme,
- Urin mikroskopieren,
- Stuhlproben,
- weitere Untersuchungen wie Röntgen-Sono ect. veranlassen.

Therapie

- Arbeitsdiagnose/Differentialdiagnose,
- Besprechung und Kontrolle,
- Prävention,
- Vorsorge,
- Impfen,
- Beratung.

Elterngespräch/Demonstration

Kollegen

- innerhalb der Praxis/außerhalb der Praxis
  - Teambesprechung
  - vorbereiten,
  - leiten,
  - teilnehmen.
- Therapeutenbesprechung
  - Fortbildung innerhalb der Praxis/außerhalb der Praxis.
- Notdienst
  - Vertretung innerhalb der Praxis,
  - für Kollegen anderer Praxen.
- Gespräche mit Hebammen, Apotheken, Behörden, Schulen etc.

Schriftlich

- Überweisungen, Rezepte,
- Verordnungen,
- Anträge,
- Dokumentation,
- Bescheinigungen.

3.2.3 Arbeitsplatzbeschreibung kinderpsychiatrische Sprechstunde

Qualitätsziele:

Behandlung und Diagnostik seelischer Störungen bei Kindern ;jugendlichen und ihren Bezugspersonen.

Schritte zur Umsetzung

Was ist zu tun?

- Diagnostik und Therapie bei Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom o. Hyperaktivität,
- Störung des Sozialverhaltens,
- Schulleistungsstörung,
- Essstörung,
- Entwicklungsstörung,
- Autismus,
- seelische Verletzungen(Traumatisierungen),
- Beziehungs- und Bindungsstörungen,
- Depressionen,
- Psychosen,
- Angst und Zwangserkrankungen,
- körperliche Symptome als Ausdruck seelischer Not,
- Gespräche,
- körperliche Untersuchungen,
- spezielle Konstitutionsdiagnostik,
- psychologische Tests und Fragebögen,
- Bewegungsdiagnostik,
- Familientherapie.

Wer tut es?

- Arzt,
- Therapeutenteam.

Wer verantwortet es?

- Arzt,
- Therapeutenteam.

Wie wird es überprüft?

- Interne Fallbesprechungen,
- Supervisionen,
- Austausch mit externen Therapeuten,
- Fortbildungen intern und extern.

3.3 Teamkommunikation

Qualitätsziele

Die Fachkompetenz und die Sozialkompetenz aller Mitarbeiter fördern für das Hauptziel:

- „ganzheitliche und individuelle Patientenversorgung im Sinne der Anthroposophischen Medizin“,
- „gerne zusammenarbeiten“; „Arbeit soll Sinn und Spaß machen“; „genug verdienen“.

Das Praxisteam als „sozialer Organismus“:

- „Strukturbildung“: gegenseitige Wahrnehmung, Information, Dokumentation.
- „Rhythmusbildung“ (Tag / Woche / Monat / Quartal): gemeinsame Gewohnheiten, „Rituale“.
- „Wärmebildung“: Spontaneität ermöglichen und fördern; gemeinsame Praxis mit dem Ziel der medizinischen und wirtschaftlichen Effektivität.

Zur Teambildung (Integration) ist für alle Mitarbeiter eine genaue Arbeitsplatzbeschreibung mit den persönlichen Verantwortungsbereichen mit den Verzahnungen zueinander die Vorraussetzung (Differenzierung).

Umsetzung

- **Zeitstrukturen entwickeln**
  (mit entweder fachlichem oder organisatorischem oder „sozialem“ Schwerpunkt sind schon größtenteils umgesetzt!)
- **Bestehende Zeitstrukturen überprüfen**
  Wer tut es? Teamkonferenz/QM-Manager
  Wer kontrolliert es? QM-Manager

Zeit- und Kommunikationsstrukturen

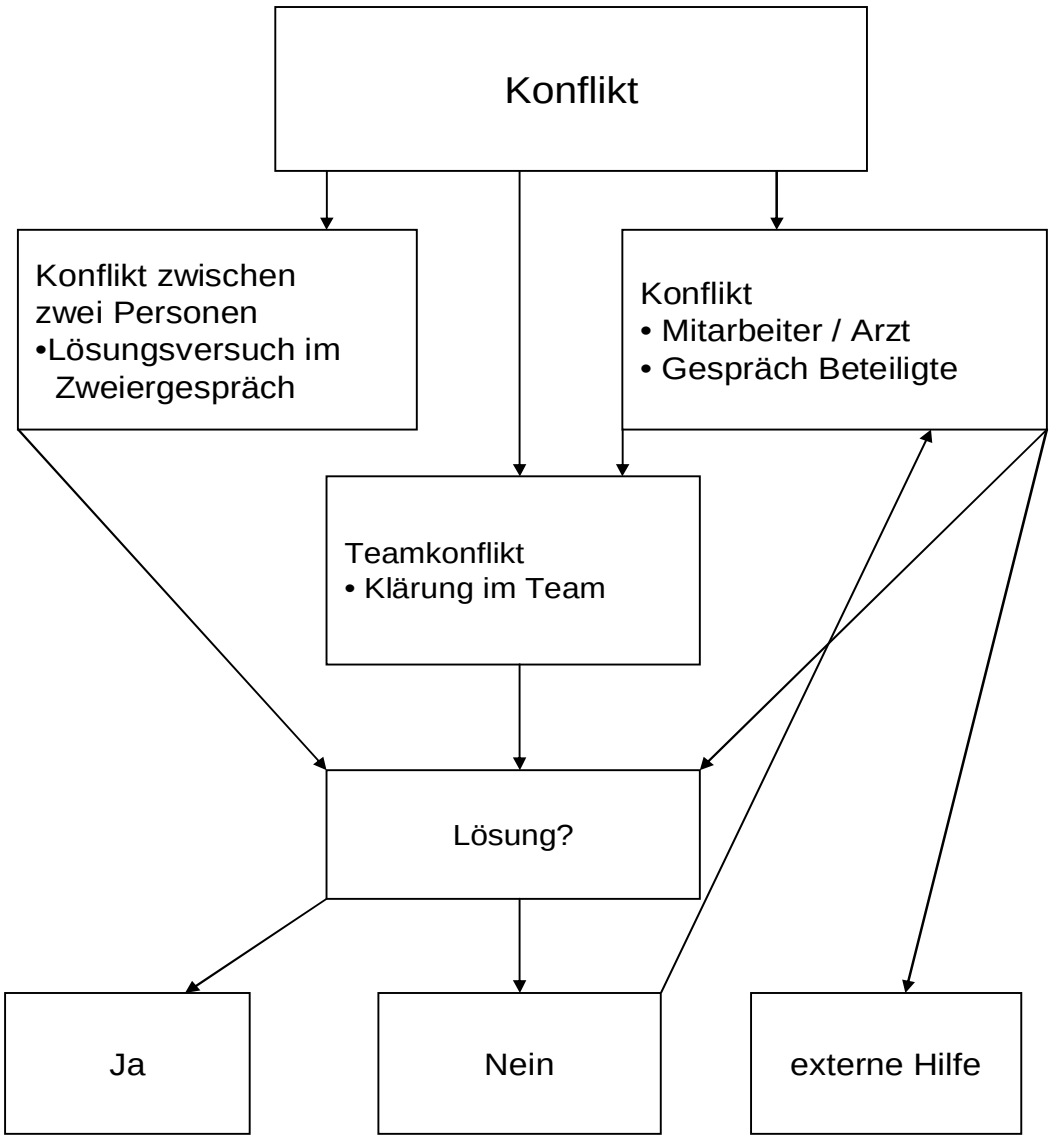
- Gemeinsamer Morgenanfang (tägl. 7.50 Uhr)
  - Wochenspruch aus dem „Seelenkalender“ von R. Steiner,
  - einbestellte Patienten im Terminkalender ansehen,
  - Aktuelles besprechen.
- Teamkonferenz
  - monatlich 1 Stunde (während der Arbeitszeit),
  - Leitung: Praxischefin/-chef, optional Mitarbeiter,
  - Sammeln der TOPs im Verlauf des Monats; Beiträge von allen Mitabeitern, Aushang im Büro,
  - Themen: Probleme der Zusammenarbeit und der Abläufe, Patienten, EDV, KV, Medizin, Aktuelles u. a.,
  - 3 Tage vor Termin Sichtung der Punkte durch Leitung, Gliederung in Kurz-Info- und Diskussionsthemen und Verteilung der Kopie an alle,

- gemeinsame Überprüfung der Beschlüsse vom ……,
- Protokoll individuell. Dokumentation von verbindlichen Beschlüssen, Verantwortlichkeiten und Umsetzungsfristen (Anlage),
- Nächsten Termin festlegen!

- Patientenbesprechung
  - 3-wöchentlich mittwochs zusammen mit Mitarbeitern des Ita Wegman Therapeutikum, Patienten der Praxis aus den verschiedenen Therapiebereichen (1 Stunde außerhalb Arbeitszeit).
- Gemeinsame Fortbildungen
  - Anthroposophische Medizin,
  - wöchentlicher Lesekreis mit Therapeuten des IWT (nicht mit allen Mitarbeiter), donnerstags 8 – 9 Uhr (1 Stunde in der Arbeitszeit) (z.Zt. „Geisteswissenschaft und Medizin“, R. Steiner),
  - Schulmedizin, EDV, KV, Sonstiges,
  - (Nach Bedarf in der Teambesprechung).
- Quartalsessen
  - Im Anschluss an die Quartalsabrechnung; Mix aus privaten und Praxisthemen.
- Betriebsausflüge
  - 1 jährlich (z.B. bisher Weleda, Kölner Dom und Museum Ludwig, Wala,).
- Betriebsjubiläum / Mitarbeiterjubiläum
  - (z.B. 10-jähriges....).
- Mitarbeitergespräche
  - Mind. einmal pro Jahr zwischen Praxischef und allen Mitarbeitern einzeln („wie es so läuft!“).
- Veranstaltungen mit dem Ita-Wegman Therapeutikum
  - (z.B. „Offenes Haus“ u.a. (Veranstaltungsanmeldungen annehmen).
- Privates
  - Geburtstage, Jahresfeste, Kulturveranstaltungen .....

3.3.1 Konfliktmanagement in der Praxis

Mitarbeiterkonflikte



3.3.2 Umgang mit Fehlern und Beschwerden

Häufige Fehlerquellen in der Arztpraxis- Organisation

Fehler	verantwortlich	Bemerkungen
Fehlende Informationsweitergabe, z.B. Ausfall von Besprechungen		
Arzt vergisst Abwesenheit mitzuteilen	Arzt	
Fehler im Fallmanagement, z.B. Terminabsprachen mit Therapeuten, Arzthelferinnen, Patienten	Therapeutin, Arzthelferin	
Termine doppelt vergeben	dto.	
Freie Termine werden nicht neu vergeben	dto.	
Pat. wissen nicht, bei wem sie welchen Termin haben	alle	Abhilfe: Laufzettel
Folgeverordnungen wegen fehlender Terminvereinbarung nicht oder erst verspätet möglich	Patient	
Fehlerhafte Rezepte oder Verordnungen	Arzthelferin, Arzt	
Fehlerhafte Laboranforderungen oder Probenkennzeichnungen	Arzt, Arzthelferin	
Fehler im Bestellwesen	Arzthelferin	
Fehler in der Terminplanung in Bezug auf pädiatrische Notfälle (Unterschiede Sommer/Winter)	Arzthelferin, Arzt	
Müllentsorgung vergessen	Reinigungskraft, Arzthelferin	
Fehlerhafte Bereitstellung Verbrauchsmaterial	Arzthelferin	
Mangelnde Kommunikation Praxisärzte mit Zuweisern oder externen Stellen	Arzt	

3.3.3 Fehlermanagement (Vordruck)

Fehlerbeschreibung:

Was:

Wo:

Wann:

Optimierungsmaßnahme (Fehlerbehebung):

Korrekturmaßnahme (damit der Fehler nicht wieder auftritt):

Wer ist zuständig:

Bis wann ist das Problem gelöst:

Überprüfung der Wirksamkeit:

3.4 Fortbildung der Mitarbeiter

Fortbildungen finden praxisintern circa monatlich statt. Sie werden innerhalb der Arbeitszeit abgehalten bzw. nach Vereinbarung ausgeglichen. Die Teilnahme ist verpflichtend. Fortbildungen außerhalb der Praxis durch medizinische Fachgesellschaften bzw. andere Anbieter werden außerhalb der Arbeitszeit wahrgenommen. Für den Ausgleich ist jeweils eine Absprache zu treffen.

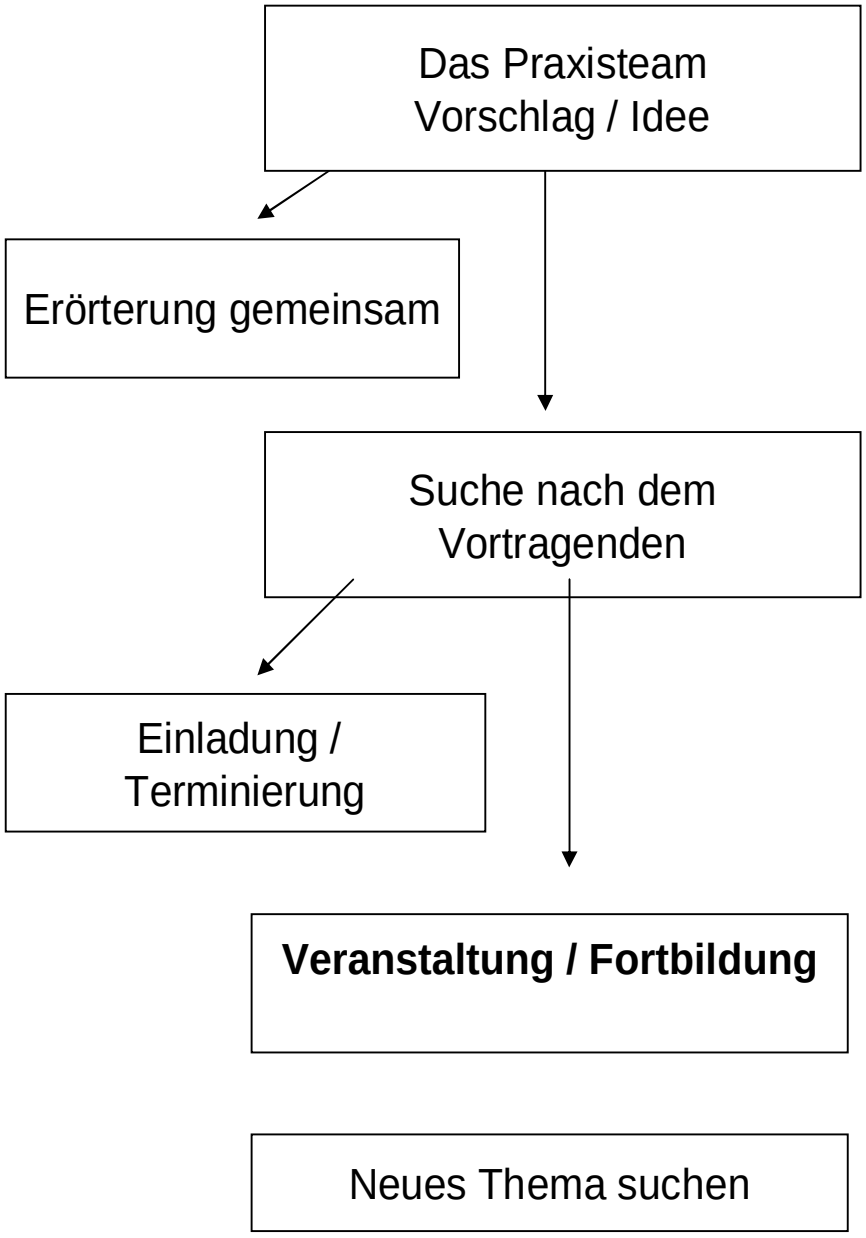
Themen werden nach den häufigsten Krankheiten gemäß dem Praxisschwerpunkt gewählt. Hier: Prophylaxe der Krebserkrankung, Krebserkrankung, Krebstherapie, Krebsmedikamente, Nebenwirkungen der Krebsmedikamente, Schmerztherapie, Umgang mit Schwerkranken etc. Etwa 1/3 der Fortbildungszeit wird bei Bedarf für aktuelle Fragen aus der täglichen Arbeit verwendet.

Vor oder nach der regelmäßigen Fortbildung steht ein organisatorischer Teil. Jeder Teilnehmer bringt seine Beobachtungen/Probleme vor. Gemeinsam werden Verbesserungsvorschläge aufgegriffen und ein Lösungsweg geplant.

Praxisexterne Fortbildungen sind zum Erwerb der von den jeweiligen Fachgesellschaften vorgesehenen Punktzahlen erforderlich. Die Häufigkeit praxisexterner Fortbildungen durch Fachgesellschaften richten sich nach der Anzahl der erforderlichen Fortbildungspunkte gemäß der jeweils gültigen Fassung zum Beispiel der Onkologievereinbarung.

Die Veranstaltungen werden nach Thema und Dauer in einer Fortbildungsliste aufgeführt. (siehe Jahres-Fortbildungs/Schulungsplan).

Fortbildung – Flussdiagramm
Praxis Dr. Gutsch



3.5 Ausbildung zur Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte

Zielsetzung:

Wesentliches Ziel der Ausbildung ist die Förderung selbständiger Kompetenz der Auszubildenden bei der Planung, Durchführung und Kontrolle betrieblicher Abläufe.

Im Verlaufe der Ausbildung sollen den Auszubildenden auf der Grundlage eines betrieblichen Ausbildungsplans Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen vermittelt werden.

- Berufsbildung, Arbeits- und Tarifrecht,
- Gesundheitsschutz und Hygiene,
- Kommunikation,
- Betriebsorganisation und Qualitätsmanagement,
- Verwaltung und Abrechnung,
- Information und Dokumentation,
- Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Arztes,
- Grundlagen der Prävention und Rehabilitation,
- Handeln bei Not- und Zwischenfällen.

Berufsbeschreibung:

Der Ausbildungsberuf zur Medizinischer Fachangestellter/ Medizinische Fachangestellte, der unter der Leitung der Ärztekammer steht, wird staatlich anerkannt. Die Ausbildungsdauer beträgt in der Regel drei Jahre und kann nur unter bestimmten Vorraussetzungen um ein Jahr verkürzt werden. Die Vertragsniederschrift ist unter Verwendung der Vertragsvordrucke der Kammer anzufertigen und von den Vertragsparteien eigenhändig, evtl. bei Jugendlichen auch vom gesetzlichen Vertreter, zu unterschreiben. Das heißt z. B. mündlich abgeschlossene Verträge stellen keinen wirksamen Ausbildungsvertrag dar.

Im Berufsausbildungsvertrag ist nach Maßgabe der Ausbildungsverordnung mindestens folgendes festzulegen:

- Art, sachliche und zeitliche Gliederung sowie Ziel der Berufsausbildung, insbesondere die Berufstätigkeit, für die ausgebildet werden soll,
- Beginn und Dauer der Berufsausbildung,
- Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte,
- Dauer der täglichen Ausbildungszeit,
- Dauer der Probezeit,
- Zahlung und Höhe der Vergütung,
- Dauer des Urlaubes,
- Voraussetzungen, unter denen der Berufsausbildungsvertrag gekündigt werden kann,
- ein in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf das Berufsausbildungsverhältnis anzuwenden sind.

Die Ausbildung wird betrieblich und gleichzeitig schulisch durchgeführt. Die Ausbildungspraxis hat unverzüglich nach Abschluss des Berufsausbildungsvertrages, spätestens bis zum Beginn der Berufausbildung, die Eintragung in das bei der Ärztekammer geführte Verzeichnis der Berufsausbildungsverträge zu beantragen. Mit der Ausbildung eines Jugendlichen unter 18 Jahren darf nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nur begonnen werden, wenn dieses innerhalb der letzten neun Monate von einem Arzt untersucht worden ist und eine Bescheinigung darüber der Ärztekammer vorgelegt wird. Erst nach Vorlage über die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetzt wir der Vertrag in das Verzeichnis eingetragen. Ein Jahr nach der Aufnahme der ersten Beschäftigung, wenn der Arbeitnehmer noch keine 18 Jahre alt ist, muss sich der Arbeitgeber eine Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung vorlegen lassen und ebenso der Ärztekammer vorzeigen. Der auszubildende Arzt / Ärztin hat sicherzustellen, das die Auszubildende über die für sie in frage kommenden Maßnahmen zur Immunisierung unterrichtet wird. Die Immunisierung ist für die Auszubildenden kostenlos zu ermöglichen.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die / den Auszubildenden rechzeitig bei dem zuständigen Berufskolleg anzumelden und während der Ausbildung zur Erfüllung der Schulpflicht anzuhalten und freizustellen. Vor Beginn der Beschäftigung ist der Jugendliche über die Unfall und Gesundheitsgefahren, denen er bei der Beschäftigung ausgesetzt ist, sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu unterweisen. Vor der erstmaligen Beschäftigung an gefährlichen Arbeitstellen muss der / die Auszubildende über besondere Gefahren dieser Arbeit sowie über das bei ihrer Verrichtung erforderliche Verhalten unterwiesen werden.

Das Berufsausbildungsverhältnis beginnt grundsätzlich mit der Probezeit. Sie muss mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Während der Probezeit kann das Berufsausbildungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist und ohne Angaben von Gründen gekündigt werden. Nach der Probezeit ist eine Kündigung nur möglich bei Vorliegen eines „wichtigen Grundes“. Eine solche fristlose Kündigung muss schriftlich, unter Angaben der Kündigungsgründe erfolgen.

Pflichten der Auszubildenden

Auszubildende haben sich zu bemühen, die berufliche Handlungsfähigkeit zu erwerben, die zum Erreichen des Ausbildungsziels erforderlich ist. Sie sind insbesondere verpflichtet,

- die Ihnen im Rahmen der Berufsausbildung aufgetragenen aufgaben sorgfältig auszuführen,
- an Ausbildungsmaßnahmen teilzunehmen, für die sie nach §15 freigestellt sind,
- den Weisungen zu folgen, die ihnen im Rahmen der Berufsausbildung von Ausbildenden oder anderen Weisungsberechtigten Personen erteilt werden,
- die für die Ausbildungsstätte geltenden Ordnungen zu beachten,
- Werkzeuge, Maschinen und sonstige Einrichtungen pfleglich zu behandeln,
- über Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Stillschweigen zu wahren.

Ausbildende haben

- dafür zu sorgen, dass den Auszubildenden die berufliche Handlungsfähigkeit vermittelt wird, die zum Erreichen des Ausbildungsziels erforderlich sind und die Berufsausbildung in einer durch ihren Zweck gebotene Form planmäßig, zeitlich und sachlich gegliedert so durchzuführen, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann,
- selbst auszubilden oder einen Ausbilder/in ausdrücklich damit zu beauftragen,
- Auszubildenden kostenlos die Ausbildungsmittel, insbesondere Werkzeuge und Werkstoffe zur Verfügung zu stellen, die zur Berufsausbildung und zum Ablegen von Zwischen- und Abschlussprüfungen auch soweit solche nach Beendigung des Berufsausbildungsverhältnisses stattfinden, erforderlich sind,
- Auszubildende zum Besuch der Berufsschule sowie zum Führen von schriftlichen Ausbildungsnachweisen (Berichtsheft) anzuhalten,
- dafür sorge zu tragen, das Ausbildende charakterlich gefördert sowie sittlich und körperlich nicht gefährdet werden,
- Auszubildende dürfen nur Aufgaben übertragen werden, die dem Ausbildungszweck übertragen werde, die dem Ausbildungszweck dienen und ihren körperlichen Kräften angemessen sind.

Ausbildungsvergütung

Die Vergütung wird im Rahmen des Tarifvertrages vereinbart, dort sind die aktuellen Ausbildungsvergütungen abzurufen. Der/die Auszubildende hat Anspruch auf eine schriftliche Abrechnung ihrer Bezüge.

Arbeitszeit (für unter 18jährige)

- 5 Tage in der Woche / nicht mehr als 40 Stunden wöchentlich / nicht mehr als 8 Stunden täglich,
- von 20.00 – 06.00 Uhr gilt Beschäftigungsverbot. Samstags, Sonntags und an Feiertagen gilt ebenfalls ein Beschäftigungsverbot.

Ruhepausen

Bei 4 ½ - 6 Stunden Arbeitszeit sind mindestens 30 Minuten Pause einzuhalten und bei mehr als 6 Stunden sind es Mindestens 60 Minuten. Der Pausenaufenthalt sollte nach Möglichkeit in einem besonderen Aufenthaltsraum sein.

Berufsschule

Wenn der Unterricht vor 9 Uhr beginnt, darf der Arbeitgeber den Auszubildenden vorher nicht in der Praxis beschäftigen, auch wenn der über 18 Jahre alt ist. Einmal in der Woche braucht der unter 18 jährige Auszubildende nach der Schule nicht in der Praxis zu arbeiten, ist er Volljährig entfällt diese Regelung.

Urlaub

- wenn zu Beginn des Kalenderjahr noch keine 16 Jahre – mind. 30 Werktage,
- wenn zu Beginn des Kalenderjahr noch keine 17 Jahre – mind. 27 Werktage,
- wenn zu Beginn des Kalenderjahr noch keine 18 Jahre – mind. 25 Werktage.

Für ältere ist der Urlaub nach dem jeweiligen gültigen Manteltarifvertrag zu gewähren. Der Urlaub sollte in den Berufsschulferien gegeben werden. Fällt er ausnahmsweise nicht in die Berufsschulferien, ist für jeden Berufsschultag, an dem die Berufsschule während des Urlaubs besucht wird, ein weiterer Urlaubstag zu gewähren. Die Erkrankung während des Urlaubs ist unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung unverzüglich mitzuteilen. Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist der Urlaub unterbrochen.

Berichtsheft

Der Auszubildende hat ein Berichtsheft in Form einen Ausbildungsnachweises zu führen. Ihm ist Gelegenheit zu geben, das Berichtsheft während der Ausbildungszeit zu führen. Der Ausbildende hat das Berichtsheft regelmäßig durchzusehen und zu unterschreiben. Bei der Abschlussprüfung ist das Berichtsheft Vertretern der Ärztekammer vorzulegen.

Zwischenprüfung

Zur Ermittlung des Ausbildungsstandes wird eine Zwischenprüfung durchgeführt. Sie soll vor dem Ende des zweiten Ausbildungsjahres stattfinden. Sie ist schriftlich anhand praxisbezogener Fälle oder Aufgaben in insgesamt höchstens 120 Minuten in den folgenden Prüfungsgebieten durchzuführen:

- Gesundheitswesen,
- Praxishygiene,
- Apparate und Instrumentenkunde,
- Anatomie und Physiologie,
- Praxisorganisation,
- Sozialgesetzgebung.

Abschlussprüfung

Die Abschlussprüfung erstreckt sich auf die in der Anlage aufgeführten Fertigkeiten und Kenntnisse sowie auf den im Berufschulunterricht vermittelten Lehrstoff, soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist.

Sie wird in den Berufsschulfächern Medizin, Verwaltungs- sowie Wirtschafts- und Sozialkunde, schriftlich und im Prüfungsfach „Praktische Übungen“ mündlich durchgeführt.

Themen der schriftlichen Prüfung

- Medizin (120Min.): z.B. Anatomie, Physiologie, Pathologie, Praxishygiene, Umweltschutz, Arbeitsschutz, med. Apparate-, Geräte- und Instrumentenkunde, Laborarbeiten einschl. Qualitätssicherung, Grundkenntnisse über Arzneimittel einschl. Impfstoffe, Prävention und Prophylaxe.
- Verwaltung (120Min.): Gesundheitswesen, Grundkenntnisse fachbezogener Rechtsvorschriften und Sozialgesetzgebung, kassenärztliches Abrechnungswesen, Privatliquidation, Rechnungswesen und Zahlungsverkehr und Praxisorganisation.

- Praktische Übungen (circa 45Min.): Im diesem Prüfungsfach soll der Prüfling bei der Bearbeitung praktischer Vorgänge zeigen, das er technische, medizinische und verwaltungstechnische Zusammenhänge einer Arztpraxis versteht und praktische Aufgaben lösen kann.
- Umgang mit Patienten, Wartung des Praxisinventars, Hilfeleistungen in der Praxis, Anwendung und Pflege medizinischer Apparate, Geräte und Instrumente, Durchführung einfacher Laborarbeiten, Desinfizieren und Sterilisieren, Abwickeln von Schriftverkehr.

Die schriftliche Prüfung ist auf Antrag des Prüflings oder nach Ermessen des Prüfungsausschusses in einzelnen Fächern durch eine mündliche Prüfung zu ergänzen, wann diese für das bestehen der Prüfung zu ergänzen, wann diese für das Bestehen der Prüfung den Ausschlag geben kann. Schriftliche und mündliche Prüfung haben das gleiche Gewicht.

Bei der Ermittlung des Gesamtergebnisses haben die Prüfungsfächer Medizin und Verwaltung gegenüber den übrigen Prüfungsfächern das doppelte Gewicht. Zum Bestehen der Abschlussprüfung müssen im Gesamtergebnis und im Durchschnitt der Prüfungsergebnisse für die Prüfungsfächer Medizin und Verwaltung mindestens ausreichen Leistung erbracht werden. Werden die Prüfungsleistungen in mindestens einem Prüfungsfach mit ungenügend bewertet, so ist die Prüfung nicht bestanden. Bei Beendigung des Ausbildungsverhältnisses ist vom Ausbildenden ein Arbeitszeugnis auszustellen. Es muss Angaben enthalten über Art, Dauer und Ziel der Berufsausbildung, sowie über die erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse des Auszubildenden, auf Verlangen des Auszubildenden auch angaben über Führung, Leistung und besondere fachliche Fähigkeiten.

Falls die Abschlussprüfung nicht bestanden worden ist, kann sie laut Berufsbildungsgesetz zweimal wiederholt werden.

4 Praxis

Annamarie Meder

4.1 Praxisräume

Qualitätsziele

Funktionsgerechte freundliche Praxisräumlichkeiten für Patienten, Arzthelfer/-innen und Ärzte / Ärztinnen. Die Räumlichkeiten sollten nicht nur akzeptiert, sondern auch als angenehm, zweckentsprechend und angemessen betrachtet werden können. Hierbei sollten Kriterien wie die Sauberkeit in der Praxis, Geruch, Lichtverhältnisse, farbliche Gestaltung, Dekoration mit Blumen und Bildern, Qualität der ausgelegten Zeitschriften, Möblierung, Bequemlichkeit der Sitzgelegenheiten sowie die Zweckmäßigkeit und Sicherheit der Garderobe beachtet werden. Hierdurch sind wesentliche sachliche Vorraussetzungen für eine effektive und zeitgemäße ambulante Betreuung der Menschen in hoher Qualität geschaffen.

Anmeldung / Rezeption

Die Anmeldung sollte für den Patienten beim Betreten der Praxis zentral und klar ersichtlich liegen. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Anmeldung funktionsgerecht eingerichtet ist, sodass ein reibungsloser Ablauf die Koordination der Patienten, das Ausfüllen der Formulare und die Terminplanung gewährleistet sind. Weiterhin sollte bedacht werden, dass die Privatsphäre des einzelnen Patienten gewahrt wird und es zu keiner Verletzung der Schweigepflicht kommt.

Wartebereich

Das Wartezimmer sollte entsprechend des Patientenklientels in der Nähe der Anmeldung angeordnet sein und somit die Arzthelferin beim persönlichen Aufrufen der Patienten keine langen Wege zurücklegen muss. Es sollte gut überschaubar und die ständige Wahrnehmung der Wartenden durch die Arzthelfer/innen möglich sein.

Die Wartebereiche sollten helle, warme, schöne, wohlriechende und saubere Räumlichkeiten sein, die klar angeordnet sind. Zudem sollten als Dekoration Kunstgemälde und Blumen das Wartezimmer verschönern. Um den Wartenden die Wartezeit zu erleichtern, ist es sinnvoll, interessante Zeitschriften auszulegen sowie mit Anbringen einer Pinnwand und/oder Aufstellen von Regalen, aktuelle Informationen zu Veranstaltungen oder andere Informationsbroschüren anzubieten. Die Garderobe ist zweckmäßig und für den Patienten gut einsehbar anzubringen. Zusätzlich ist über eine kindgerechte Garderobe nachzudenken. Die Sitzgelegenheiten sollten nach Bequemlichkeit ausgewählt werden. Die individuelle Planung einer ausreichend großen Spielecke mit genügend Büchern und Spielen für Kinder ist zu empfehlen.

Behandlungszimmer

Patientenfreundliche warme, helle, gemütliche und ruhig gelegene Räumlichkeiten. In den Behandlungszimmern sollten genügend Sitzmöglichkeiten, ein Schreibtisch, eine Behandlungsliege, für die Behandlung notwendige Instrumente sowie ein verschlossener Aufbewahrungsort mit Behältern für Desinfektionsmittel, Kanülenbehältnis, Behältnisse für benutzte Instrumente wie z. B. Ohrentrichter und ein Waschbecken vorhanden sein. Es sollte an ausreichende Lichtquellen gedacht werden, sowie an eine kleine Ecke, in der sich Kinder beschäftigen können.

Isolierzimmer

Das Isolierzimmer sollte möglichst in Eingangsnähe platziert sein, damit ansteckende Patienten nicht erst durch die ganze Praxis geführt werden müssen. Hier sollte bei der Einrichtung besonders darauf geachtet werden, dass eine fachgerechte Hygiene, wie z. B. desinfizieren und lüften, gut möglich ist.

Laborraum

Eine funktionsgerechte Einrichtung, die den Hygienevorschriften entspricht, ist zu beachten. Trotzdem sollte im Rahmen der Möglichkeiten eine angenehme Atmosphäre durch Bilder geschaffen werden, damit sich die Patienten trotz der für sie nicht alltäglichen Untersuchungssituation wohl fühlen können.

Patiententoilette

Die Patiententoilette sollte dicht neben dem Labor platziert sein, damit Urine oder andere Untersuchungsmaterialien schnell ins Labor gebracht werden können.

Aufenthaltsraum

Der Aufenthaltsraum für die Arzthelfer/innen und Ärzte / Ärztinnen sollte freundlich eingerichtet sein, ordentlich gehalten werden und nicht als Abstell- und Stauraum genutzt werden. Auf die Einhaltung der Pausenzeiten sollte geachtet werden.

4.2 Material (Einkauf, Bestellung, Lagerung, Verwaltung)

Qualitätsziele

- Effektive Arbeitsweise,
- abgelaufene Materialien und Medikamente rechtzeitig aussortieren,
- transparenter Umgang mit Bestellung und Firmen,
- günstige Bestellweise suchen,
- Vermeidung von Materialproblemen im Notfall.

Durchführung

- Schranksysteme **„first in first out“** (ältere Waren werden als Erstes benutzt),
- der obere Bestellzettel liegt für alle Mitarbeiterinnen zugänglich in einem dafür vorgesehenen Ablagekorb und darf jederzeit ergänzt werden.
- **Verbrauchsmaterial** wird nach Häufigkeit der Verwendung unterschieden:
  - für kleinere Bestände wird nach Anbruch der letzten Verpackung (Sonodruckerrolle, Ampullen) Verpackungsmaterial in das „Bestellkörbchen“ gelegt, und am Ende der Sprechstunde die Bestellung notiert,
  - für den häufigen Verbrauch machen regelmäßige Kontrollen:
    - wöchentlich (z.B. Rezepte, Verbandsmaterial),
    - monatliche (Medikamentenschrank) und
    - quartalsmäßige (Formularliste KV-WL) Kontrollen.
- Auf den Innenseiten der Schränke hängen **Listen** mit genaue Beschreibung der Waren,
- die **Arzttasche** trägt eine Liste der Medikamente (Ampullentasche) und des weiteren Inhalts (RR- und BZ-Messgerät, usw.) und diese wird nach jedem Hausbesuch neu aufgefüllt und monatlich kontrolliert auf genügend BZ-Teststreifen, Notfallscheine, Überweisungen, Einweisungen, Rezepte (Priv/Rp, 2 Btm), Transportscheine, 10-E-Qittungen,Totenscheine u.ä.,
- die **Notfalltasche** wird quartalsmäßig kontrolliert auf Ampullenbestände und Batteriewirkung der Intubationssets. Das Inhaltsverzeichnis wird nach jeder Kontrolle mit Datum abgezeichnet und sichtbar aufbewahrt,
- Aufbewahrung der Bestellzettel bis alle Waren eingetroffen sind,
- Kontrollieren der eingegangen Waren auf dem Lieferzettel.
- GKV Medikamente werden in der Apotheke bestellt, bei BZ-Teststreifen und Lancetten lohnt sich eine Bestellung über eine Internetapotheke (Docmorris.com),
- Laborzubehör kann über das O-III Labor bezogen werden.

Johannes Gutsch

Muster: Bestellung von Praxismaterial und Zubehör Datum_____

Bestellfirma	Medishop	023.....
Bestellapotheke	Marktapotheke	65....
Kundenbetreuung	Name	
Dringlichkeit der Bestellung		XXX
Kontrolle des Vorrates		

Was wird benötigt?

- Verbandmaterial
- Spritzen/Kanülen
- Desinfektionsmittel
- Einmalhandtücher
- Tupferrollen
- ES Kompressen
- Sonowischtücher
- Sonogel am Sonogerät
- EKG Kontaktgel
- EKG Papier
- Urintöpfchen
- Ärztekrepp
- OP Material
- Handschuhe
- Instrumente

Sonstiges

- Apotheke
- Ampullen
- Tabletten
- Lösungen
- Impfungen
- Salben

Sonstige

- Impfausweise
- Marcumarausweise

4.3 Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in der Arztpraxis (Arbeitsschutz, Ordnung, Hygiene)

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.1 Arbeitsschutz und Hygiene in Arztpraxen - Gesetzliche Grundlagen

Gesetze werden vom dt. Bundestag (ggf. mit Zustimmung des Bundesrates) beschlossen erlassen und enthalten ein konkretes Ziel.

Verordnungen sind Rechtstexte die der Bundesregierung, die bestimmte Teile von Gesetzen konkretisieren und .von der Bundesregierung (ggf. mit Zustimmung des Bundesrates) beschlossen werden.

Unfallverhütungsvorschriften (BGV) werden von den Unfallversicherungsträgern (z. B. Berufsgenossenschaften) erlassen und haben für die Mitgliedsbetriebe den Stellenwert einer Verordnung.

Technische Regeln sind untergesetzliche Hilfestellungen zur Auslegung von Gesetzen und Verordnungen (TRGS: Gefahrstoffe, TRBA: Biologische Arbeitsstoffe, TRBS: Betriebssicherheit, ASR: Arbeitsstätten, BGR: Regeln der Berufsgenossenschaften, LASI-LV: Leitfäden der Bundesländer zum Arbeitsschutz).

EG-Richtlinien müssen immer durch Gesetze oder Verordnungen in deutschest. Recht umgesetzt werden, sie gelten daher in Deutschland nicht unmittelbar.

Gesetze zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Arbeitssicherheitsgesetz

- Ziel: Bestellung von Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzten zur Unterstützung des Arbeitgebers,
- Konkretisierung: u. a. durch Unfallverhütungsvorschriften BGV A21 und BGV A2.

Arbeitsschutzgesetz

- Ziel: Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen sichern.
- Konkretisierung durch Verordnungen und Technische Regeln (u. a.):
  - Arbeitsstätten-Verordnung (ArbStättV),
  - Gefahrstoff-Verordnung (GefStoffV),
    - Technische Regel TRGS 525 "Humanmedizin" (5/1998) .
  - Biostoff-Verordnung (BioStoffV),
    - Technische Regel TRBA 206 / BGR 206 "Desinfektion",
    - Technische Regel TRBA 250 / BGR 250 "Gesundheitswesen".
  - Bildschirmarbeits-Verordnung (BildscharbV),
  - Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV),
  - Lastenhandhabungsverordnung (LastenhandhabV),
  - PSA-Anwendungsverordnung (PSA-BV, PSA = Persönliche Schutzausrüstung),
  - Lärm- und Vibrationsverordnung (ab 2007),

    - Verordnung zu elektromagnetischen Feldern (ab 2008).
- Konkretisierung durch Unfallverhütungsvorschriften BGV (u. a.):
    - Grundsätze der Prävention (BGV A1),
    - Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung am Arbeitsplatz (BGV A8),
    - Laserstrahlung (BGV B2),
    - Leitern und Tritte (BGV D36).

Gesetze zum sozialen Arbeitsschutz

Mutterschutzgesetz (MuSchG)

- Ziel: Schutz der erwerbstätigen Mutter
- Konkretisierung: Verordnung zum Schutz der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV) (Mutterschutzverordnung).

Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- Ziel: Schutz erwerbstätiger Jugendlicher von 15 - 17 Jahren

Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

- Ziel: Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeitszeitgestaltung gewährleisten.

Es gibt eine Reihe weiterer Gesetze und Verordnungen zum Arbeitsrecht und zum sozialen Arbeitsschutz, die hier aus Platzgründen nicht aufgeführt sind (u. a. zum Kündigungsschutz, Schutz vor sexueller Belästigung, Urlaub, Teilzeitarbeit)

Weitere Gesetze mit Bezug zum Arbeitsschutz

Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Ziel: Übertragbare Krankheiten beim Menschen vorbeugen, Infektionen frühzeitig erkennen und ihre Weiterverbreitung verhindern.

Atomgesetz

- Ziel: Schutz vor Schäden durch Strahlung
- Konkretisierung:
    - Röntgenverordnung(RöV)
        - Fachkunderichtlinie (NRW)
    - Strahlenschutzverordnung
        - Richtlinie "Strahlenschutz in der Medizin".

Medizinproduktegesetz (MPG)

- Ziel: Verkehr mit Medizinprodukten regeln zum Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten
- Konkretisierung:
    - Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetreibV).

Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz (KrW-/AbfG)

- Ziel: Schonung der natürlichen Ressourcen und Sicherung der umweltverträglichen Beseitigung von Abfällen
- Konkretisierung:
  - Abfallverzeichnisverordnung,
  - Technische Anleitungen TA Abfall und TA Siedlungsabfall (Verwaltungsvorschriften).

Quellen und Informationen

Alle Gesetze und die meisten Verordnungen können von den Internetseiten der zuständigen Bundes- und Länderministerien heruntergeladen werden. Es reicht in der Regel aus, die o. a. Kurzbezeichnungen in eine Internet-Suchmaschine einzugeben.

Für eine Reihe von Gesetzen besteht eine Auslagepflicht. Eine gebundene Fassung kann kostenlos bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe bezogen werden. Nähere Informationen unter http://www.kvwl.de/arzt/aktuell/mitteilungen/auslagepf_gesetze.htm.

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.2 Allgemeine Anforderungen zum Arbeitsschutz (Arbeitsschutzgesetz)

In unserer Praxis unterstützt ein gut organisierter Arbeitsschutz unser Wohlbefinden, erhält unsere Gesundheit und motiviert uns zu unfallfreier und erfolgreicher Arbeit.

Qualitätsziele

- Arbeitsschutz wird in unserer Praxis ernst genommen.
- Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen zum Arbeitsschutz sind **gut organisiert** und **schriftlich festgehalten.**
- Die Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz wurden für alle relevanten Gefährdungen durchgeführt und dokumentiert.
- Die erforderlichen **Schutzmaßnahmen** sind umgesetzt und werden regelmäßig auf ihre **Wirksamkeit überprüft.**
- Alle Mitarbeiter sind zum Arbeitsschutz **mündlich unterwiesen.**
- Jeder Mitarbeiter kann eine **arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung** in Anspruch nehmen, wenn trotz Maßnahmen ein Gesundheitsschaden nicht ausgeschlossen ist.
- Wir sind gut **informiert** und sorgen für eine **ständige Verbesserung** des Arbeitsschutzes in unserer Praxis.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass die Vorgaben dieses Handbuches (s. folgende Kapitel) umgesetzt werden, insbesondere dass
- die Praxis sicherheits- und gesundheitsgerecht eingerichtet ist,
- eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und ein Betriebsarzt nach den Vorgaben der Berufsgenossenschaft bestellt ist,
- ein Hygieneplan aufgestellt und fortlaufend aktualisiert wird (s. Hygiene und Ordnung),
- veranlasst fachkundige Gefährdungsbeurteilungen (s. folgende Kapitel):
  - Rutschen, Stolpern (s. Gestaltung und Einrichtung der Praxis),
  - Biologische Arbeitsstoffe und Infektionsgefährdung,
  - Gefahrstoffe,
  - Bildschirmarbeit,
  - Geräte und Arbeitsmittel,
  - Psychische Belastungen am Arbeitsplatz,
  - Heben und Tragen,
  - Tragen von Schutzhandschuhen oder Atemschutzmasken,

- organisiert die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen,
- legt fest, wie die Wirksamkeit der Maßnahmen regelmäßig überprüft wird und wer dafür verantwortlich ist,
- veranlasst die jährliche Unterweisung der Mitarbeiter,
- veranlasst eine außerplanmäßige Unterweisung für neue Mitarbeiter, Jugendliche, werdende und stillende Mütter sowie für alle bei wesentlichen neuen Gefährdungen.

Mitarbeiter:

- pflegt die Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung,
- informiert sich regelmäßig über Entwicklungen zum Arbeitsschutz für Arztpraxen, z. B. auf der Internetseite der Berufsgenossenschaft, und berichtet darüber jedes Quartal in der Teambesprechung (bei Bedarf auch kurzfristig).

Alle

- achten darauf, dass über Arbeitsschutz, Hygiene und Ordnung offen gesprochen werden kann,
- wenden die erforderlichen Schutzmaßnahmen an,
- Informieren den Praxisinhaber unmittelbar über Unfälle und Verletzungen,
- machen "Beinahe-Unfälle" und Arbeitsschutzprobleme zum Thema der regelmäßigen Teambesprechung.

Hinweis

Die Gefährdungsbeurteilung kann grundsätzlich vom Praxisinhaber oder von einem Mitarbeiter durchgeführt werden, wenn dieser die notwendigen Kenntnisse (Fachkunde) hat und sie auch nachweisen kann (z. B. Fortbildung). Im Bereich Infektionsgefährdung (biologische Arbeitsstoffe) ist jedoch die Beteiligung der bestellten Fachkraft für Arbeitssicherheit und des Betriebsarztes bei der Gefährdungsbeurteilung vorgeschrieben. Es ist daher im Regelfall sinnvoll, die gesamte Beurteilung (oder wesentliche Teile) auf diese Personen zu übertragen. Die Verantwortung verbleibt allerdings immer beim Praxisinhaber.

Quellen und Informationen

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): www.bgw-online.de
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Gefährdungsbeurteilung in Kliniken und medizinischen Diensten, 2005
- S. Brandenburg, G. Mehrtens, E. Weiß: Arbeitsschutz und Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, fortlaufend aktualisiertes Loseblattwerk

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.3 Gestaltung und Einrichtung der Praxis (Arbeitsstättenverordnung)

Unsere Praxis ist so eingerichtet, dass wir sicher arbeiten können und wir und unsere Patienten sich wohlfühlen.

Arbeitsstätte Arztpraxis

umfasst alle Räume in der Praxis und Orte im Freien, die von den Angestellten genutzt werden mit Vorgaben zu

- Sozialräumen, Verkehrs- und Rettungswegen, Treppen,
- Fenstern, Wänden, Türen, Fußböden,
- Raumgrößen (für Arbeitsräume mind. 8 m² je Mitarbeiter, freie Bewegungsfläche 1,5 m²),
- Beleuchtung, Raumklima, Lärm,
- Sicherheitseinrichtungen (z. B. Kennzeichnung von Rettungswegen, Notausgängen).

Qualitätsziele

- Unsere Praxisräume bieten ausreichende Bewegungsflächen für Mitarbeiter und Patienten.
- Alle Die Fußböden sind rutschhemmend (R 9), leicht zu reinigen und frei von Stolperfallen.
- Im Eingangbereich gibt es eine Sauberlaufzone (ca. 1,50 m lang).
- Treppen mit mehr als 4 Stufen sind durch Handläufe gesichert.
- Alle Arbeitsplätze sind ausreichend hell und blendfrei beleuchtet, , in Untersuchungsräumen und Labors gibt es Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht, um Befundungen (z. B. Hautausschläge) und Ablesungen (z. B. Sticks) sachgerecht vorzunehmen zu können. (Untersuchungsräume und Labors 500 Lux, am Untersuchungsort bzw. für Farbprüfung mind. 1000 Lux).
- Die Fußböden sind rutschhemmend, leicht zu reinigen und frei von Stolperfallen.
- Das Raumklima wird von allen als angenehm empfunden.
- Wir haben in der Praxis einen Pausenraum (mindestens 6 m²), in dem wir uns wohl fühlen.
- Es gibt in der Praxis ausreichende Waschgelegenheiten und Toiletten, die nur von den Mitarbeitern benutzt werden.
- In unserer Praxis können Kittel und Persönliche Schutzausrüstungen getrennt von der Straßenkleidung aufbewahrt werden.
- Wir achten darauf, dass vermeidbarer Lärmquellen durch sinnvolle Nutzung von Technik reduziert wird minimiert werden.
- In unserer Praxis ist das Rauchen nicht erlaubt.
- Rettungswege und Notausgänge sind deutlich gekennzeichnet.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- ist dafür verantwortlich, dass die Praxis den Anforderungen des Arbeitsstättenrechtes entspricht,
- beteiligt die Mitarbeiter bei Entscheidungen, die ihre Arbeitsplätze und -bereiche betreffen;
- sorgt für eine regelmäßige Instandhaltung der Praxis und für eine umgehende Beseitigung von Schäden und Mängeln;
- achtet darauf, dass der Schutz von Nichtrauchern in der Praxis gewährleistet ist.
- sorgt dafür, dass Sicherheitseinrichtungen jährlich und Klima- und Lüftungseinrichtungen mindestens alle 2 Jahre überprüft werden.

Mitarbeiter

- sorgt für das Schneeräumen und Streuen von Verkehrswegen im Freien.

Alle

- achten darauf, dass Rettungswege und Notausgänge nicht zugestellt oder verschlossen sind;
- beseitigen feuchte Stellen und ausgelaufene Flüssigkeiten auf dem Fußboden sofort, um Rutschgefahren zu vermeiden.

Quellen und Informationen

- BGR 181 "Fußböden in Arbeitsräumen und Arbeitsbereichen mit Rutschgefahr"
- BGR 131 "Arbeitsplätze mit künstlicher Beleuchtung und Sicherheitssysteme"
- DIN 5035-3 "Innenraumbeleuchtung mit künstlichem Licht, Beleuchtung in Krankenhäusern"
- ASR 5 "Lüftung"
- BGV A8 "Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung am Arbeitsplatz"

Empfehlungen zu baulich-funktionellen Anforderungen an die Praxis

Wartezimmer

- Ist die Garderobe ausreichend dimensioniert? (Mäntel sollen nicht in Haufen übereinander hängen!)
- Sind ausreichend Kleiderbügel an der Garderobe vorhanden?
- Gibt es einen Ständer für Regenschirme?

Behandlungs-/Untersuchungsräume

- Ist in jedem Raum ein Handwaschbecken (s.u.) vorhanden?

Sanitärräume

- Gibt es Sanitärräume getrennt für Personal und Patienten?
- Ist in jedem Sanitärraum ein Handwaschbecken (s.u.) vorhanden?

Lagerräume

- Ist ein Lagerraum vorhanden?
- Wünschenswert sind ein „reiner“ (zum Beispiel für Sterilgüter, saubere Wäsche) und ein „unreiner“ Lagerraum (zum Beispiel für Schmutzwäsche, Abfall, Aufbereitung); falls nur ein Raum vorhanden ist, sollte in diesem eine räumliche Trennung zwischen reinen und unreinen Gütern erfolgen.

Fußböden

- Sind diese (und möglichst auch Wände) feucht wischbar und fugendicht?

Inventar

- Ist dieses glatt und feucht abwischbar?
- Holzmöbel sollten eine Desinfektionsmittel beständige Lackierung besitzen.
- Zur Lagerung möglichst Schränke, keine offenen Regale.

Liegen

- Einmal(papier)abdeckung vorhanden?
- Sichtschutz,
- keine Gardinen an den Fenstern, stattdessen glatte vertikale Lamellen (nass reinigen!),
- Trennwände und Vorhänge müssen abwischbar oder waschbar sein.

Pflanzen

- Nicht in Behandlungszimmern,
- keine Trockengestecke,
- Regelmäßig auf Schimmelpilzwachstum prüfen (auch bei Hydrokultur möglich).

Spielzeug

- Tägliche Reinigung, bei infektiösen Erkrankungen auch desinfizierende Reinigung,
- Plüschtiere regelmäßig waschen.

Handwaschbecken

- Kaltes und warmes Wasser vorhanden? Möglichst Einhebelmischbatterie,
- Falls Perlatoren: regelmäßig reinigen. (Kalkablagerungen beachten!),
- Wandständige Spender für Händedesinfektionsmittel (nicht erforderlich auf Patiententoiletten),
- Flüssigseife,
- Textil(einmal)- oder Papierhandtücher.

- Ggfs. Pflegemittel (Tube, Spender; keine Dosen!).

aus: Die Checkliste der Rheinischen Ärztekammer „Hygiene in der Arztpraxis“, modifiziert

Wie erreiche ich 500 Lux Beleuchtungsstärke?

Anhand der installierten Leistung der Beleuchtungskörper bzw. der Lampen ist eine grobe Abschätzung der Beleuchtungsstärke möglich. Bei Verwendung von Leuchtstofflampen (nicht 3-Banden-Lampe) zeigt die nachstehende Aufstellung ungefähr, wie viel Watt pro m2 Grundfläche eines Raumes installiert sein müssen, um die jeweils erforderliche Beleuchtungsstärke zu erhalten.

Nennbeleucht.-Stärke in Lux	Install.-Leistung in Watt/m2 Grundfläche des Raumes		
	Leuchten ca. 2 m über zu beleucht. Fläche	Leuchten ca. 3 m über zu beleucht. Fläche	Leuchten ca. 4 m über zu beleucht. Fläche
1000	50	60	64
750	38	45	48
500	25	30	32
300	15	17	19
200	10	11	13
100	5	6	6
50	3	3	4

Bei Ausleuchtung durch andere Lampenarten ist der nach der Aufstellung ermittelte Wert mit einem entsprechenden Faktor - wie nachfolgend aufgeführt - zu multiplizieren:

Lampenart	Faktor
Glühlampe	4
Halogen-Glühlampe	1,6
Leuchtstofflampe	1
Quecksilberdampf-Hochdrucklampe	0,8
Indium-Amalgam-Leuchtstofflampe (3-Banden-Lampe)	0,6
Natriumdampf-Hochdrucklampe	0,5
Halogen-Metalldampf-Lampe	0,5

(Quelle: ASR 7/3 - Künstliche Beleuchtung)

4.3.4 Betreuung durch Fachkraft für Arbeitsicherheit und Betriebsarzt

In unserer Praxis werden wir fachkundig unterstützt, wenn es um unsere Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit geht.

Qualitätsziele

- Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und ein Betriebsarzt unterstützen uns bei der Umsetzung des Arbeitsschutzes in unserer Praxis oder
- unsere Praxis nimmt am Unternehmermodell der BGW teil und ist daher in Sachen Arbeitsschutz immer auf aktuellem Stand.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass die Vorgaben der Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 umgesetzt werden,
- achtet darauf, dass bei der Vertragsgestaltung mit externen Betreuern oder Diensten die Vorgaben dieses QM-Handbuches berücksichtigt werden,
- beteiligt die externen Betreuer (Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt) bei der Gefährdungsbeurteilung und stellt ihnen die notwendigen Dokumente zu Verfügung,
- besteht auf eine Begehung der Arbeitsplätze durch die externen Betreuer oder Dienste,

Alle

- unterstützen die externen Betreuer oder Dienst bei ihrer Arbeit im Dienste von Sicherheit und Gesundheit.

Quellen und Informationen

- BGV A2 "Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit"
- Musterverträge "Regelbetreuung" der BGW (http://www.bgw-online.de/internet/portal/group/internetuser/page/default.psml?path=/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Kundenzentrum/BuS-Betreuung/Arbeitshilfen/navi.html) Checkliste zu Anforderungen

Mehr Spielraum für Arztpraxen

von Christian Reinke, BGW-Mitteilungen 4/2005, S. 14/15

Mit Inkraftsetzung der neuen Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ sind seit 1. Oktober 2005 für Mitgliedsbetriebe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) die bisherigen Vorschriften (BGV A6 und BGV A7) entfallen. Damit gelten nun einheitliche Rahmenbedingungen für alle Berufsgenossenschaften. Mit der Inkraftsetzung leistet die BGW einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung und schafft einen flexiblen Handlungsrahmen für die praxisgerechte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung.

Grundbetreuung und anlassbezogene Betreuung

Diese Betreuungsform kann nur von Betrieben mit bis zu zehn Beschäftigten wahrgenommen werden. Es gibt hier keine festgeschriebenen Mindesteinsatzzeiten für die Betriebsärzte (BA) und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (FASi). Die Betreuung setzt sich aus einer Grundbetreuung unter Einbindung eines BA oder einer FASi sowie einer anlassbezogenen Betreuung zusammen. Der Betreuungsbedarf ergibt sich aus den regelmäßig vom Unternehmer durchgeführten Gefährdungsbeurteilungen. Bei bestimmten Anlässen muss der Unternehmer zusätzlichen betriebsärztlichen und/oder sicherheitstechnischen Sachverstand hinzuziehen, zum Beispiel bei der

- Planung, Errichtung und Änderung von Betriebsanlagen,
- Einführung neuer Arbeitsverfahren,
- Erstellung von Notfall- und Alarmplänen,
- Gestaltung neuer Arbeitsplätze,
- Untersuchung von Unfällen und Berufskrankheiten.

Für die Grundbetreuung reicht übrigens der Besuch nur eines „Erstberatenden“ – Betriebsarzt oder Sicherheitsfachkraft – im Betrieb aus, wenn dieser den Sachverstand des anderen hinzuzieht. Die Beschäftigten müssen in jedem Fall über ihre Ansprechpartner informiert werden.

Alternative bedarfsorientierte Betreuung

Dieses Betreuungsmodell steht Betrieben mit bis zu 50 Mitarbeitern offen. Durch Schulungen wird der Arzt in die Lage versetzt, Fragen zum Gesundheitsschutz und zur Arbeitssicherheit selbst zu beantworten und die erforderlichen Maßnahmen umzusetzen. Insgesamt sechs Lehreinheiten muss er innerhalb von zwei Jahren absolvieren. Bis zum Abschluss der letzten Schulung gilt weiterhin die Regelbetreuung. Im Anschluss sind regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für den Unternehmer geplant.

Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft stehen begleitend für eine bedarfsorientierte und/oder anlassbezogene Betreuung zur Verfügung. Auch bei diesem Modell ist der Unternehmer verpflichtet, bei besonderen Anlässen einen fachkundigen Betreuer hinzuzuziehen. Ebenso müssen die Beschäftigten die Möglichkeit haben, sich direkt an die Arbeitsschutzexperten zu wenden.

Erfüllt der Unternehmer seine Verpflichtungen im Rahmen der alternativen bedarfsorientierten Betreuungsform nicht, unterliegt er wieder der Regelbetreuung.

Das alternative Betreuungsmodell wird von der BGW zunächst nur in Zusammenarbeit mit interessierten Dach- oder Standesorganisationen wie Kammern und Verbänden umgesetzt. In einer Pilotphase bietet die BGW bisher für drei Branchen auf regionaler Ebene alternative Betreuungsmodelle an: Ärzte, Apotheker und Friseure.

Nach Abschluss der Pilotphase ist ab 2006 eine Ausweitung des Angebots geplant.

Regelbetreuung

Die Regelbetreuung mit festen Einsatzzeiten steht allen BGW-Mitgliedsunternehmen unabhängig von ihrer Betriebsgröße offen. Wie bisher hat der Unternehmer für die erforderlichen Mindesteinsatzzeiten einen Betriebsarzt und eine Sicherheitsfachkraft schriftlich einzusetzen oder einen überbetrieblichen Dienst zu beauftragen. Inhalt und Umfang der Betreuung richten sich nach dem Gefährdungspotenzial des Arbeitsplatzes. Die wesentlichen Neuregelungen zeigt die Tabelle 2 unten.

Ausblick

Mit der neuen BGV A2 wurde die Kleinbetriebsbetreuung überarbeitet und vereinheitlicht. Geplant ist auch die Neugestaltung der Regelbetreuung für Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten. Daher sind die Bestimmungen für diese Form der Betreuung zunächst bis Ende 2008 befristet. Bis dahin müssen sich die neuen Regelungen in der Praxis bewähren.

Die neue BGV A2 und die Infobroschüre „Informationen zur neuen BGV A2“ stehen auf der Website www.bgw-online.de zum Download bereit oder können mit Postkarte angefordert werden. Fragen zur BGV A2 beantwortet die BGW, Bereich BuS-Betreuung, unter E-Mail kleinbetriebe@bgw-online.de oder per Telefax (040) 202 07-934.

Betriebsgröße	Grundbetreuung und anlassbezogene Betreuung ohne feste Einsatzzeiten	Alternative bedarfsorientierte Betreuung	Regelbetreuung mit festen Einsatzzeiten
bis 10 Beschäftigte	Ja	Ja	Ja
11 - 50 Beschäftigte	Nein	Ja	Ja
mehr als 51 Beschäftigte	Nein	Nein	Ja

Alt (BGV A6 und A7)	Neu (BGV A2)
Einsatz des Betriebsarztes (BA) richtet sich nach der Kopfzahl der Beschäftigten und ist in Intervallen zu erbringen.	Einsatzzeit des BA richtet sich nach der Kopfzahl der Beschäftigten.
Einsatzzeit der Fachkraft für Arbeitssicherheit (FASi) orientiert sich an der Betriebsgröße und der Gefährdungsstufe.	Einsatzzeit der FASi richtet sich nach der Kopfzahl der Beschäftigten.
Einsatzzeiten für die FASi können bis zu drei Jahre angespart (kumuliert) werden.	Einsatzzeitenkumulierung für BA und FASi bei Betrieben von 11 bis 20 Beschäftigten, sofern es mit der Gefährdungssituation vereinbar ist, sonst jährliche Erbringung

Bei Regelbetreuung gilt für Arztpraxen (Humanmedizin) eine Einsatzzeit: von jeweils 0.25 Std./Jahr/Mitarbeiter für den Betriebsarzt und für die Sicherheitsfachkraft (Anlage 2 zur BGV A2).

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.5 Hygiene und Ordnung

In unserer Praxis haben Hygiene und Ordnung einen hohen Stellenwert. Ein hohes Hygieneniveau schützt nicht nur unsere Gesundheit, sondern auch die unserer Patienten. Ein Gewinn an Arbeitsschutz und Arbeitsqualität sind der Lohn unserer Bemühungen.

Qualitätsziele

- Unsere Praxis ist **aufgeräumt und sauber**, weil wir alle dazu beitragen.
- Der **Hygieneplan** ist auf unsere Praxis zugeschnitten und liefert uns alle notwendigen Informationen zur allgemeinen Hygiene, zur Desinfektion, zur Schutzkleidung, zur Entsorgung und zum Umgang mit Probematerialien.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass ein Hygieneplan erstellt, ausgedruckt und allen Mitarbeitern bekanntgemacht wird,
- organisiert regelmäßige Unterweisungen, bei denen die Inhalte des Hygieneplans vermittelt werden,
- sorgt dafür, dass der Hygieneplan für alle Mitarbeiter leicht zugänglich ist,
- sorgt dafür, dass auch externe Reinigungskräfte die Vorgaben des Hygieneplans kennen.

Mitarbeiter:

- pflegt Datei und Ordner mit dem Hygieneplan, arbeitet Änderungen ein (z. B. bei Wechsel der Desinfektionsmittel) und druckt die Neufassungen aus.

Alle

- arbeiten nach den Vorgaben des Hygieneplans,
- melden dem Praxisinhaber sofort, wenn Vorgaben nicht durchgeführt werden können,
- sorgen für eine aufgeräumte und ordentliche Praxis, in der das Arbeiten Freude bereitet.

Quellen und Informationen

- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe TRBA 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege, www.baua.de
- Landesgesundheitsamt Baden-Würtemberg: Musterhygieneplan für Arztpraxen, www.kvsb.de/html/arztinfo/qualitaet/musterhygieneplan.doc
- Kassenärztliche Vereinigung Nord-Baden-Würtemberg: Alles sauber oder was ?, www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Infektionsschutzrecht/Musterhygieneplan.pdf

Die Gliederung eines Hygieneplans (Anhang 4 zur TRBA 250)

Ein Hygieneplan setzt sich aus einzelnen fachbezogenen Hygieneanleitungen zusammen, die sowohl zum Schutz der zu betreuenden Patienten bzw. der zu betreuenden Personen als auch zum Schutz des Personals schriftlich festzulegen und zu beachten sind. Ziel ist die Verhinderung von Infektionen durch Mikroorganismen und schädigende Einflüsse durch erforderliche Reinigungs-, Desinfektions-, Sterilisations-, Ver- und Entsorgungsmaßnahmen.

Entsprechend erforderliche Hygienemaßnahmen sind je Tätigkeitsbereich festzulegen. Nachfolgend als Beispiel eine Inhaltsübersicht einzelner Hygieneanleitungen für einen tätigkeitsbezogenen Hygieneplan. In diesem ist zu regeln, wann welche Maßnahme wie und von wem durchzuführen ist.

A. Allgemeine Personalhygiene

- Definition von und Umgang mit Dienst- und Schutzkleidung,
- Durchführung der hygienischen Händedesinfektion,
- Händewaschen, Händepflege,
- Tragen von Schutzhandschuhen,
- allgemeiner Infektionsschutz, Sofortmaßnahme bei Verletzungen mit kontaminierten bzw. infektiösen Materialien.

B. Allgemeine Desinfektionsmaßnahmen

- Auflistung der zur Verfügung stehenden Reinigungs- und Desinfektionsmittel mit Angaben zur Anwendungskonzentration, Anwendungszweck, Einwirkzeit,
- Umgang mit Flächen- und Instrumentendesinfektionsmitteln,
- Desinfektion und Sterilisation der Geräte, Instrumente und sonstiger Gebrauchsgegenstände,
- desinfizierende Geschirr-, Wäsche- und Bettenaufbereitung,

Flächendesinfektion des Raumes einschließlich Mobiliar.

C. Spezielle Hygienemaßnahmen in verschiedenen Funktionsbereichen

- bereichspezifische Dienst- und Schutzkleidung,
- desinfizierende Instrumenten- und Geräteaufbereitung,
- Isolierungs-, Schutz- und Desinfektionsmaßnahmen bei übertragbaren Krankheiten.

D. Hygienemaßnahmen bei Diagnostik, Pflege und Therapie

- Tragen von Schutzkleidung,
- hygienische und chirurgische Händedesinfektion,
- Durchführung der Haut- und Schleimhautdesinfektion vor Injektionen, Punktionen, invasiven Eingriffen,
- Hygienemaßnahmen bei speziellen klinischen Tätigkeiten,
- Patientenvorbereitung vor invasiven Eingriffen.

E. Ver- und Entsorgungsregelungen

- Lebensmittel- bzw. Speisenversorgung,
- Sterilgutversorgung und -lagerung,
- Geschirr-, Instrumenten- und Wäscheversorgung einschließlich erforderlicher Entsorgungsmaßnahmen,
- spezielle und allgemeine Abfallentsorgung.

F. Mikrobiologische Diagnostik

- Festlegung notwendiger mikrobiologischer Kontrollen (z. B. zur Prüfung von Waschmaschinen, Sterilisationsgeräten, Desinfektionsanlagen),
- Entnahme, Verpackung und Transport von Probematerialien.

Empfehlungen zur Hygiene

Flächenreinigung

- Tägliche Reinigung des Fußbodens.
- Tägliche Desinfektion patientennaher Gegenstände, zum Beispiel Liegen, Auflageflächen, Arbeitsflächen. Ggfs. Desinfektion häufiger, zum Beispiel nach infektiösem Patienten oder nach Kontamination von Arbeitsflächen mit Blut.
- Immer Scheuer-Wisch-Desinfektion bzw. –Reinigung. Keine reine Sprühdesinfektion. Sprühdesinfektion mit alkoholischen Präparaten (Verdunstungs- und Explosionsgefahr!) allenfalls auf kleinen Flächen in speziellen Bereichen (zum Beispiel Laborarbeitstisch mit Notwendigkeit häufiger Desinfektion), immer mit Nachwischen kombinieren!

Desinfektionsmittel

- Nur DGHM-gelistete Desinfektionsmittel einsetzen (DGHM = Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie; über die Listung geben auch die Firmen Auskunft!): Hände-, Haut-, Flächen-, Instrumenten-, Wäschedesinfektionsmittel.
- Flächen- und Instrumentendesinfektionsmittel immer mit kaltem Wasser ansetzen, Dosierhilfe und Dosiertabelle benutzen (gibt es von den Firmen); Handschuhe und Augenschutz beim Ansetzen tragen (Risiko der Verätzung); nicht mit Seifen oder anderen Präparaten mischen!
- Aldehyd-freie Desinfektionsmittel sind im Allgemeinen ausreichend.
- Flächendesinfektionsmittel: Konzentration entsprechend einer Einwirkzeit von 60 Minuten nach DGHM. Nach Abtrocknen (Rutschgefahr!) ist der Fußboden auch vor Ablauf von 60 Minuten wieder begehbar.
- Instrumentendesinfektionsmittel: Konzentration und Einwirkzeit entsprechend DGHM-Liste. Merke: Je höher die Konzentration, umso stärker ist der Geruch, umso kürzer ist die Einwirkzeit. Präparate mit Viruswirksamkeit (RKI: AB) verwenden.

Hautdesinfektion

- Sind die eingesetzten Hautdesinfektionsmittel DGHM-gelistet?
- Gibt es schriftliche Regelungen zur Durchführung der Hautdesinfektion (zum Beispiel im Hygieneplan)?
- Ablauf der Hautdesinfektion vor i.c., s.c., i.m., i.v. Injektionen, Blutentnahmen, Legen von peripheren Venenverweilkanülen für Kurzzeitinfusionen:
- Hygienische Händedesinfektion.
- (Unsterile) Schutzhandschuhe tragen (Eigenschutz – zumindest bei Blutentnahmen, i.v. Injektionen, Legen von peripheren Venenverweilkanülen).
- (Alkoholisches) Hautantiseptikum satt aufsprühen, mit sterilisiertem Tupfer (zum Beispiel PurZellin®) in einer Richtung abreiben.
- Einwirkzeit mind. 15. Sekunden.
- Einstichstelle soll trocken sein (Schmerzangaben durch Alkohol).

Personalhygiene

- Steht dem Personal Schutzkleidung zur Verfügung?
- Diese muss ausreichend desinfizierend gewaschen werden, in keinem Fall vom Beschäftigten zu Hause.
- Als Waschverfahren kommen Kochverfahren oder Verfahren mit chemothermischer Desinfektion in Frage. Keine 30°C-Wäsche!
- Wird das Personal regelmäßig über die Arbeitsabläufe, die hygienischen Maßnahmen und den Gesundheitsschutz unterwiesen (zum Beispiel im Rahmen von Teambesprechungen)? Sind diese Unterweisungen dokumentiert (Datum, Teilnehmer, Thema, Durchführender)?
- Hat das Personal Impfschutz ? (s. Biologische Arbeitsstoffe)

Hygieneplan

- Liegt ein schriftlicher Hygieneplan vor? Die formale Gestaltung ist offen: Es sind tabellarische, stichpunktartige, aber auch ausformulierte Gestaltungen möglich. Der Hygieneplan kann auch mit einem Desinfektionsplan identisch sein.
- Sind in diesem auch Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt?
- Sind Aussagen zu Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Dokumentation und ggfs. Kontrollen gemacht?
- Finden regelmäßige Schulungen (zum Beispiel im Rahmen von Mitarbeiterbesprechungen) zu den Themen statt und werden sie dokumentiert?
- Es bietet sich an, in den Hygieneplan auch Regelungen zum Personalschutz – zum Beispiel Verhalten bei Stichverletzungen – aufzunehmen.
- Gibt es im Hygieneplan oder in anderen Regelungen Festlegungen zur Abfallhygiene?

aus: Checkliste der Rheinischen Ärztekammer „Hygiene in der Arztpraxis“

5A - Methode: in 5 Schritten zu dauerhafter Ordnung in der Arztpraxis

Aussortieren der nicht benötigten Gegenstände

- Der erste Schritt ist die Trennung verwendeter von überflüssigen Gegenständen im Arbeitsbereich. Als sinnvolles Hilfsmittel dazu hat sich die „Rote Karte“ erwiesen. Diese wird als Klebezettel oder Klebepunkt auf alle Gegenstände geklebt, bei denen Unsicherheit über die tatsächliche Nutzungshäufigkeit besteht. Die markierten Gegenstände werden für einen bestimmten Zeitraum (z. B. 14 Tage) an einem gesonderten Ort im Arbeitsbereich aufbewahrt. Erfolgt während dieser Zeit kein Zugriff auf die Gegenstände, sind sie für den Arbeitsbereich überflüssig.

Aufräumen der benötigten Gegenstände und Herstellung einer Grundordnung im Arbeitsbereich

- Im zweiten Schritt werden häufig benutzte von seltener benutzten Gegenständen getrennt und sinnvoll angeordnet. Hilfreich ist eine Klassifizierung, z. B. in ständig, stündlich, täglich, wöchentlich, monatlich genutzte Gegenstände, um den Anordnungsbereich festzulegen.

Arbeitsplatz sauber halten

- Als dritter Schritt wird der Arbeitsbereich gereinigt, auch Gegenstände und Arbeitsmittel.

Anordnung zur Regel machen

- Als vierter Schritt wird der Zustand des Arbeitsbereiches dokumentiert (z. B. durch ein Foto).

Alle Schritte wiederholt durchlaufen

- Als fünfter Schritt wird schriftlich festgelegt, wann und wie oft die einzelnen Schritte wiederholt werden, damit der erreichte Zustand dauerhaft erhalten bleibt.

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.6 Biologische Arbeitsstoffe und Infektionsgefährdung (Biostoffverordnung und Infektionsschutzgesetz)

In unserer Praxis schützen wir uns und unsere Patienten durch umsichtiges Verhalten, Ordnung und Hygiene vor der Übertragung von Infektionen.

Biologische Arbeitsstoffe in der Arztpraxis

- Mikroorganismen (z. B. Bakterien, Viren),
- Zellkulturen,
- humanpathogene Endoparasiten, die beim Menschen Infektionen, Allergien (wie z. B. Schimmelpilzsporen) oder toxische Wirkungen (wie z. B. Botulinus) hervorrufen können.

Qualitätsziele

- Der **arbeitsmedizinische Dienst oder Betriebsarzt** berät uns regelmäßig über Infektionsgefahren in unserer Praxis und notwendige Schutzmaßnahmen.
- Wir halten uns bei der Hygiene und Desinfektion an die Vorgaben des **Hygieneplans**.
- Aus der Unterweisung kennen wir das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die Tätigkeiten, für die aufgrund der Infektionsgefahr **besondere Arbeitsschutzmaßnahmen** notwendig sind.
- Zum Essen, Trinken und zur Aufbewahrung von Lebensmitteln nutzen wir den **Pausenraum.**
- Wir sind informiert, wie wir durch **sichere Arbeitsgeräte** Nadelstichverletzungen vermeiden, wie wir sie benutzen und was wir tun, wenn es doch einmal passiert ist.
- Wir nutzen die Möglichkeiten der **arbeitsmedizinischen Vorsorge** und prüfen selbstbewusst **Impfangebote** zum Schutz unserer Gesundheit.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- führt gemeinsam mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt die Gefährdungsbeurteilung für Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung durch und legt die notwendigen Schutzmaßnahmen fest,
- veranlasst die Erstellung und das Aushängen von Betriebsanweisung für Tätigkeiten der Schutzstufe 2 (und höher),
- sorgt dafür, dass sichere Arbeitsgeräte (z. B. Sicherheitskanülen) verwendet werden, wenn mit besonderen Gefährdungen (z. B. bei HIV-Patienten) zu rechnen ist,
- organisiert die regelmäßige Beratung der Mitarbeiter durch den arbeitsmedizinischen Dienst oder Betriebsarzt,
- veranlasst notwendige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen,

- sorgt dafür, dass notwendige persönliche Schutzausrüstungen vorhanden sind,
- stellt sicher, dass auch das Reinigungspersonal unterwiesen und mit den notwendigen Arbeitsschutzmaßnahmen vertraut ist.

Praxisinhaber oder Mitarbeiter:

- sorgt für rechtzeitige Leerung der Behältnisse für gebrauchte Spritzen etc. und deren ordnungsgemäße Entsorgung.

Alle

- halten sich an die Maßnahmen in den Betriebsanweisungen,
- essen und trinken im Pausenraum und betreten ihn nicht mit Schutzkleidung,
- deren Arbeiten eine hygienische Händedesinfektion erfordern, tragen keine Schmuckstücke oder Uhren an Händen oder Unterarmen,
- sorgen dafür, dass benutzte scharfe, spitze oder zerbrechliche Einmal-Arbeitsgeräte unmittelbar nach Gebrauch in den hierfür vorgesehenen stich- und bruchsicheren Behältnissen gesammelt werden.

Quellen und Informationen

- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe TRBA 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege, www.baua.de
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: Biostoffliste, BGIA-Report 6/2005
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen, 2006

Biostoffverordnung

Ziel der BioStoffV ist der Schutz der Beschäftigten vor der Gefährdung ihrer Sicherheit und Gesundheit bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen. Biologische Arbeitsstoffe sind u. a. Mikroorganismen (z. B. Bakterien, Viren), Zellkulturen und humanpathogene Endoparasiten, die beim Menschen Infektionen, sensibilisierende (z. B. Schimmelpilzsporen) oder toxische (z. B. Botulinus) Wirkungen hervorrufen können.

In der ärztlichen Praxis ist die "ungezielte Tätigkeit" der Normalfall. Die Belastung ergibt sich eher zufällig aus dem Umgang mit Medien wie z. B. Blut oder Körperausscheidungen, deren tatsächliche Belastung mit Krankheitserregern im konkreten Einzelfall (noch) nicht bekannt ist. Insofern gilt die BioStoffV für Tätigkeiten wie etwa das Transportieren von Blutproben oder deren Untersuchung im klinisch-chemischen Labor. Auch ärztliche und pflegerische Tätigkeiten am Menschen wie z. B. die Blutabnahme, die rektale Untersuchung oder die Wundversorgung fallen unter die BioStoffV. "Gezielte Tätigkeiten", z. B. die Vermehrung bestimmter Bakterien in einem Speziallabor kommen hingegen in der ärztlichen Praxis in aller Regel nicht vor.

Das Wichtigste aus der TRBA 250: "Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege"

Risikogruppen

Gemäß § 3 Biostoffverordnung werden biologische Arbeitsstoffe nach ihrem Infektionsrisiko in vier Risikogruppen eingeordnet:

Risikogruppe 1: Biologische Arbeitsstoffe, bei denen es unwahrscheinlich ist, dass sie beim Menschen eine Krankheit verursachen. Beispiele: Candida sp. (ausgen. C. albicans (R2), C. tropicalis (R2).

Risikogruppe 2: Biologische Arbeitsstoffe, die eine Krankheit beim Menschen hervorrufen können und eine Gefahr für Beschäftigte darstellen können; eine Verbreitung des Stoffes in der Bevölkerung ist unwahrscheinlich; eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung ist normalerweise möglich. Beispiele: Adenoviren, Clostridium tetani, Escherichia coli, Hepatitis-A, Polio, Rotavirus, Salmonella paratyphi und enteritische Salmonella, Herpes simplex, Masern.

Risikogruppe 3: Biologische Arbeitsstoffe, die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen können und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen können; die Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung kann bestehen, doch ist normalerweise eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung möglich. Beispiele: Salmonella typhi.

Bei bestimmten biologischen Arbeitsstoffen, die in der Richtlinie 2000/54/EG in Risikogruppe 3 eingestuft und mit zwei Sternchen (**) versehen wurden, ist das Infektionsrisiko für Arbeitnehmer begrenzt, da eine Infizierung über den Luftweg normalerweise nicht erfolgen kann. Beispiele: Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Zentraleuropäische Zeckenezephalitits, Tollwut, Creutzfeld-Jakob.

Risikogruppe 4: Biologische Arbeitsstoffe, die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen; die Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung ist unter Umständen groß; normalerweise ist eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung nicht möglich. Beispiele: Lassa-Virus, Ebola-Virus.

Um den Zugang zu den Einstufungen zu erleichtern, hat der Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (ABAS) Technische Regeln zur Einstufung von Pilzen (TRBA 460), Viren (TRBA 462), Parasiten (TRBA 464) und Bakterien (TRBA 466) beschlossen, die diese Einstufungen übernehmen und zusätzlich nationale Einstufungen für die Risikogruppen 1 bis 4 enthalten.

Schutzstufen

Die Schutzstufen sind Pakete von Sicherheitsmaßnahmen. Bei "gezielten Tätigkeiten" entspricht die Schutzstufe der Risikogruppe. Bei "ungezielten Tätigkeiten" müssen die Schutzstufe und die zugehörigen Maßnahmen in der Gefährdungsbeurteilung festgelegt werden.

Schutzstufe 1: Tätigkeiten, bei denen kein Umgang oder sehr selten geringfügiger Kontakt mit potenziell infektiösem Material, wie Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder –gewebe und auch keine offensichtliche Ansteckungsgefahr durch Aerosolinfektion besteht, so dass eine Infektionsgefährdung unwahrscheinlich ist.

Beispiele für Tätigkeiten der Schutzstufe 1:

- Röntgenuntersuchung (ohne Kontrastmittel), Kernspin-Tomographie,
- Ultraschalluntersuchungen,
- EKG- und EEG- Untersuchungen,
- bestimmte körperliche Untersuchungen, z.B. Abhören, Abtasten, mit Ausnahme der Untersuchung von Körperöffnungen, Augenprüfung,
- Reinigungsarbeiten in Bereichen, in denen eine Infektionsgefährdung als gering einzuschätzen ist, z. B. Reinigung von Treppen, Fluren, Aufenthaltsräumen, Wartebereichen, Patientenzimmer einschließlich sanitärer Anlagen (soweit nicht von einer höheren Schutzstufe erfasst.).

Schutzstufe 2: Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zum Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann, so dass eine Infektionsgefährdung durch Erreger der Risikogruppe 2 bzw. 3** bestehen kann.

Beispiele für Tätigkeiten der Schutzstufe 2:

- Punktionen, Injektionen, Blutentnahme, Legen von Gefäßzugängen,
- Nähen von Wunden, Wundversorgung,
- Operieren, Instrumentieren, Intubation, Extubation,
- Absaugen respiratorischer Sekrete,
- Umgang mit benutzten Instrumenten, z.B. auch Kanülen, Skalpelle,
- Entsorgung und Transport von potenziell infektiösen Abfällen,
- Reinigung und Desinfektion von kontaminierten Flächen und Gegenständen,
- Reparatur/Wartung / Instandsetzung von kontaminierten medizinischen Geräten,
- Reinigungsarbeiten, bei denen Infektionsgefahren durch Erreger der Risikogruppe 2 oder 3** bestehen können, z. B. Reinigung und Desinfektion von kontaminierten Flächen und Gegenständen, Reinigung in pädiatrischen Einrichtungen, Reinigung von Infektionseinrichtungen (soweit nicht Schutzstufe 3 zugeordnet).

Schutzstufe 3: Tätigkeiten sind der Schutzstufe 3 zuzuordnen, sofern biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppe 3 auftreten oder der Verdacht besteht und die Gefährdungsbeurteilung eine entsprechende Gefährdung bestätigt. Dies gilt auch in Ausnahmefällen für Erreger der Risikogruppe 3**.

Tätigkeiten der Schutzstufe 3 kommen in der Arztpraxis nur in Ausnahmefällen vor. Ein Beispiel ist die Behandlung eines Patienten mit offener Lungentuberkulose, die auf Grund der hohen Ansteckungsgefahr über Aerosole weitergehende Schutzmaßnahmen für die Beschäftigten notwendig macht.

Schutzmaßnahmen

Allgemeine Anforderungen (Schutzstufe 1)

- Leicht erreichbare Händewaschplätze, Direktspender für Händedesinfektionsmittel, hautschonende Waschmittel, Hautschutzmittel und Einmalhandtücher,
- Maßnahmen zur Desinfektion, Reinigung, Sterilisation sowie für Ver- und Entsorgung sind für die einzelnen Bereiche schriftlich festgelegt (Hygieneplan, s. Abschnitt "Hygiene und Ordnung"),
- bei Arbeiten, die eine Händedesinfektion erfordern, keine Schmuckstücke/Uhren an Händen oder Unterarmen tragen,
- nach Patientenkontakt oder Kontakt mit (potenziell) infektiösem Material vor Verlassen des Arbeitsbereichs eine hygienische Händedesinfektion durchführen,
- Benutzte scharfe, spitze oder zerbrechliche Einmal-Arbeitsgeräte unmittelbar nach Gebrauch in stich- und bruchsicheren Behältnissen sammeln,
- Essen, Trinken und Nahrungsmittelaufbewahrung nur im Pausenraum, der nicht mit Schutzkleidung betreten werden darf,
- Persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung stellen, insbesondere dünnwandige, flüssigkeitsdichte, allergenarme Handschuhe,
- Falls Arbeitskleidung mit Krankheitserregern kontaminiert ist, wechseln und wie Schutzkleidung desinfizieren und reinigen,
- Beschäftigte regelmäßig und vor Aufnahme neuer Tätigkeiten anhand der Betriebsanweisung unterweisen.

Sichere Arbeitsgeräte

Um Beschäftigte vor Verletzungen bei Tätigkeiten mit spitzen oder scharfen medizinischen Instrumenten zu schützen, sind diese Instrumente soweit technisch möglich durch sichere Arbeitsgeräte zu ersetzen, bei denen keine oder eine geringere Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen besteht.

Sichere Arbeitsgeräte sind immer einzusetzen bei:

- Behandlung und Versorgung von Patienten, die nachgewiesenermaßen durch Erreger der Risikogruppe 3 (einschließlich 3**) oder höher infiziert sind,
- Behandlung fremdgefährdender Patienten,
- Tätigkeiten im Rettungsdienst und in der Notfallaufnahme,
- Blutentnahmen und sonstige Punktionen zur Entnahme von Körperflüssigkeiten.

(Herkömmliche Arbeitsgeräte dürfen nur weiter eingesetzt werden, wenn im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung unter Beteiligung des Betriebsarztes Arbeitsabläufe festgelegt werden, die das Verletzungsrisiko minimieren bzw. ein geringes Infektionsrisiko ermittelt wird. Das Verletzungsrisiko wird beispielsweise minimiert durch festgelegte Arbeitsabläufe, die auch in Notfallsituationen nicht umgangen werden und Schulungen und jährliche Unterweisung der Beschäftigen und ein erprobtes Entsorgungssystem für verwendete Instrumente. Ein geringes Infektionsrisiko besteht, wenn der Infektionsstatus des Patienten HIV und HBV und HCV negativ ist. Das Ergebnis dieses Teils der Gefährdungsbeurteilung ist gesondert zu dokumentieren.)

Es ist sicherzustellen, dass die sicheren Arbeitsgeräte richtig angewendet werden. Dazu ist es notwendig die Mitarbeiter über sichere Arbeitsgeräte zu informieren und die Handhabung sicherer Arbeitsgeräte zu vermitteln.

Sichere Arbeitsgeräte müssen folgende Eigenschaften haben:

- Der Sicherheitsmechanismus ist Bestandteil des Systems und kompatibel mit anderem Zubehör,
- seine Aktivierung muss mit einer Hand erfolgen können,
- seine Aktivierung muss sofort nach Gebrauch möglich sein,
- der Sicherheitsmechanismus schließt einen erneuten Gebrauch aus,
- das Sicherheitsprodukt erfordert keine Änderung der Anwendungstechnik,
- der Sicherheitsmechanismus muss durch ein deutliches Signal (fühlbar oder hörbar) gekennzeichnet sein.

Dem Einsatz sicherer Arbeitsgeräte stehen auch Verfahren gleich, bei dem das sichere Zurückstecken der Kanüle in die Schutzhülle mit einer Hand erfolgen kann, z. B. Lokalanästhesie in der Zahnmedizin oder bei der Injektion von Medikamenten (Pen).

Spezielle Maßnahmen für Reinigungsarbeiten (Schutzstufe 1)

- Vor Beginn der Pausen und nach Beendigung der Arbeiten Hände mit zur Verfügung gestellten Mitteln waschen. Hautschutz- und Hautpflegemittel benutzen,
- Straßenkleidung und Arbeitskleidung getrennt aufbewahren,
- Arbeitskleidung regelmäßig wechseln und reinigen,
- nicht in die Abfallbehältnisse hineingreifen oder sie zusammendrücken,
- Abfallsäcke beim Tragen vom Körper fernhalten, Transportwagen benutzen,
- bei der Toilettenreinigung feste Schutzhandschuhe (mit Stulpen) tragen.

Zusätzliche Schutzmaßnahmen bei Arbeiten der Schutzstufe 2

- Wasserdichte und gegen Desinfektionsmittel beständige Oberflächen im Arbeitsbereich,
- Handwaschbecken, die ohne Berührung bedient werden können (z. B. Einhebelarmaturen),
- Arbeitsgeräte/-materialien einsetzen, bei denen keine oder geringe Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen besteht, z. B. Sicherheitskanülen, insbesondere wenn mit besonderen Gefährdungen zu rechnen ist (Tätigkeiten an Patienten mit nachgewiesener Infektion durch Erreger der Risikogruppe 3**, z.B. in HIV-Schwerpunktpraxen, im Rettungsdienst, bei der Behandlung fremdgefährdender Patienten),
- feste, flüssigkeitsdichte, allergenarme, desinfektionsmittelbeständige Handschuhe für Reinigungsarbeiten mit Stulpen; bei Bedarf Unterziehhandschuhe,
- bei Bedarf flüssigkeitsbeständige Schürzen, Schuhe sowie Augen- und Gesichtsschutz.

Spezielle Maßnahmen für Reinigungsarbeiten (Schutzstufe 2)

- zusätzliche Maßnahmen zum Schutz der Hände und gegebenenfalls eine tätigkeitsbezogene Persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung stellen, z. B. mechanisch resistente und flüssigkeitsdichte Handschuhe, Schutzkittel, -hosen, -schürzen und -schuhe;
- bereitgestellte (wasserdichte) Schutzkleidung benutzen, wenn mit dem Durchnässen der Arbeitskleidung zu rechnen ist.

Das Einsammeln von Injektionskanülen ist nicht die Aufgabe des Reinigungspersonals! Die Exposition gegenüber kontaminierten Gegenständen des Abfalls (Injektionskanülen, menschliche Ausscheidungen) ist durch eine ordnungsgemäße Sammlung dieser Gegenstände zu verhindern (Aufgabe des Auftraggebers).

Arbeitsmedizinische Vorsorge

- Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind Pflicht in Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kindern im Vorschulalter.
- Bei nicht gezielten Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen der Schutzstufe 2 muss der Arbeitgeber vor Aufnahme der Tätigkeiten und danach in regelmäßigen Abständen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anzubieten, außer, wenn aufgrund der Gefährdungsbeurteilung und der getroffenen Schutzmaßnahmen nicht von einer Infektionsgefährdung auszugehen ist.
- Impfangebote im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (§ 15a Abs. 3 BiostoffV):
  - generell: Hepatitis B,
- zusätzlich in Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kindern im Vorschulalter: Bordetella pertussis, Masernvirus, Mumpsvirus, Rubivirus, Varizella-Zoster-Virus.

Die Kosten für die Impfungen übernimmt der Arbeitgeber, mit Ausnahme von Regelimpfungen wie Diphtherie, Tetanus, Influenza etc.

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.7 Tätigkeiten mit Gefahrstoffen (Gefahrstoffverordnung)

Als anthroposophisch orientierte Praxis verwenden wir chemische und biologische Produkte, die Mensch und Umwelt möglichst wenig schädigen. Wenn Gefahrstoffe nicht zu vermeiden sind, tun wir das Bestmögliche, um uns und unsere Patienten zu schützen.

Gefahrstoffe in der Arztpraxis

Arzneimittel

Pulver, Flüssigkeiten, Inhalate, nicht überzogene Tabletten oder Granulate, insbesondere

- Zytostatika (krebserzeugend),
- teerhaltige Salben (krebserzeugend),
- Vitamin-A-Ester/-Säure (fruchtschädigend),
- Steroide und Analoga (fortpflanzungsgefährdend),
- Glucocorticoide (fruchtschädigend).

Desinfektions- und Reinigungsmittel mit Gefahrensymbolen

- **Formaldehyd** (als Bestandteil von Diagnostika, Desinfektionsmitteln, zur Konservierung von Gewebeproben),
- Zitronensäure, Peressigsäure (für Dialysegeräte),
- **Isocyanate** (unausgehärtete Stützverbände aus Glasfasern).

Qualitätsziele

- Vor dem Einsatz von Gefahrstoffen prüfen wir, ob es ungefährlichere **Ersatzprodukte oder Alternativverfahren** gibt und verwenden sie.
- Wir nutzen für unser Gefahrstoffmanagement die "virtuelle Praxis" der Berufgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW).
- Wir haben ein aktuelles **Gefahrstoffverzeichnis** und eine vollständige **Sammlung von Sicherheitsdatenblättern,** die nicht älter als 5 Jahre sind.
- Aus der mündlichen **Unterweisung** kennen wir die Gefährdungen und die notwendigen Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen.
- Die ausgehängten **Betriebsanweisungen** erinnern uns täglich an die unsichtbaren Gefahren und helfen uns, den notwendigen Schutz nicht zu vergessen.
- Der **Hautschutzplan** an den Handwaschplätzen unterstützt uns dabei, das empfindliche Organ Haut gesund zu halten.
- Wir wissen, dass **OP-Mundschutz** und **medizinische Einmalhandschuhe** nicht vor chemischen Gefährdungen schützen.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- führt gemeinsam mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt die Gefährdungsbeurteilung für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen durch und legt die notwendigen Schutzmaßnahmen fest.
- sorgt dafür, dass für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen Betriebsanweisungen erstellt (z. B. mit Hilfe der "virtuellen Praxis" der BGW) und ausgehängt werden.
- erstellt gemeinsam mit dem Betriebsarzt einen Hautschutzplan und veranlasst, dass der Betriebsarzt im Rahmen der Unterweisung eine arbeitsmedizinisch-toxikologische Beratung (nach Gefahrstoffverordnung) der Mitarbeiter durchführt.
- informiert sich bei Einführung neuer Arzneimittel in der Arzneimittelliste der BGW über Gefährdungen und notwendige Schutzmaßnahmen, wenn es sich Pulver, Flüssigkeiten, Inhalate, nicht überzogene Tabletten oder Granulate handelt.
- achtet darauf, dass geeignete Schutzhandschuhe bestellt werden, die den Abgaben unter Nr. 8 des Sicherheitsdatenblattes entsprechen.

Praxisinhaber oder Mitarbeiter:

- hat Zugang zum Internet, kennt und arbeitet mit der "virtuellen Praxis" der BGW,
- führt das Gefahrstoffverzeichnis und achtet darauf, dass es aktuell ist,
- sammelt alle Sicherheitsdatenblätter in einem für alle zugänglichen Ordner,
- fragt beim Lieferanten nach Schutzmaßnahmen, wenn für ein chemisches Produkt mit Gefahrensymbolen kein Sicherheitsdatenblatt mitgeliefert wird,
- weist den Praxisinhaber darauf hin, wenn ein Sicherheitsdatenblatt älter als 5 Jahre ist.

Alle

- bewahren Nahrungs-, Genuss- und Körperpflegemittel getrennt von Gefahrstoffen auf,
- halten sich an die Maßnahmen in den Betriebsanweisungen, im Hygiene- und Hautschutzplan,
- achten darauf, die richtigen Schutzhandschuhe zu benutzen.

Quellen und Informationen

- Technische Regel für Gefahrstoffe TRGS 525 "Gefahrstoffe in der humanmedizinischen Versorgung": www.baua.de
- Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) - virtuelle Praxis: www.bgw-online.de (enthält alle notwendigen Informationen und Vordrucke, Arzneimittelliste, CD-ROM: Sichere Handhabung von Zytostatika)
- Gefahrstoffe im Griff, NRW: www.gefahrstoffe-im-griff.de (unter Berufe / Branchen: Gesundheitsdienst)

Das Wichtigste aus der TRGS 525: "Gefahrstoffe in der humanmedizinischen Versorgung"

Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten mit Desinfektionsmitteln

- möglichst ungefährliche Desinfektions- und Reinigungsmittel auswählen,
- Sicherheitsdatenblatt und Gebrauchsanweisung beachten,
- Konzentrate mit Dosierautomaten oder Dosierpumpen verdünnen, Schutzbrille und Schutzhandschuhe tragen,
- Anwendungskonzentration strikt einhalten, verschiedene Produkte nicht mischen,
- bei aldehydhaltigen Mitteln: Hautkontakt und Einatmen vermeiden, Aufbewahrungsgefäße immer dicht verschließen, Pfützen nach Scheuer und Wischdesinfektion vermeiden, Räume gut lüften,
- bei alkoholischen Mitteln: nicht mehr als 50 ml/m² (Explosionsgefahr), nicht auf heißen Flächen, vor dem Einsatz elektrischer Geräte Hände und Flächen trocknen, keine offenen Flammen, Aufbewahrungsgefäße gut verschließen.

Generelle Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten mit Arzneimitteln (Gefahrstoffe)

- bei Pulvern Hautkontakt und Einatmen vermeiden,
- flüssige, halbflüssige Externa, Ovula, Suppositorien mit Schutzhandschuhen oder Applikatoren verabreichen (nicht bei alkoholischen Lösungen),
- Inhalate so anwenden, dass Dritte den Wirkstoffen nicht ausgesetzt sind.

Zusätzliche Anforderungen für Zytostatika und andere krebserzeugende Arzneimittel (außer Tabletten)

- Zytostatika und andere krebserzeugende Arzneimittel möglichst in zubereiteter Form beziehen, ansonsten Zubereitungen nur in einer geprüften Sicherheitswerkbank herstellen.
- Schutzmaßnahmen für weitere Tätigkeiten beachten:
    - Auflösen der Trockensubstanz,
    - Aufziehen von Spritzen, Dosieren (z. B. Infusionslösung),
    - Anstechen, Abnahme und Beseitigung der Infusion,
    - Beseitigung von Erbrochenem,
    - Entsorgung von Resten, Beseitigung von Kontaminationen.
- Verunreinigungen sofort mit Einmaltüchern / Zellstoff beseitigen, bei Hautkontakt sofort mit kaltem Wasser abspülen,
- Transport in bruchsicheren, verschließbaren Behältnissen mit Aufschrift: "Vorsicht Zytostatika",
- in den Arbeitsräumen nicht essen und trinken,
- getrennte Aufbewahrungsmöglichkeiten für Straßen- und Arbeitskleidung.

Was gehört in eine Betriebsanweisung (TRGS 555)

Information zu:	Quelle:
Gefahrstoffe (Bezeichnungen)	Kennzeichnungsschild, Sicherheitsdatenblatt unter Nr. 1
Arbeitsbereiche, Arbeitsplatz, Tätigkeit	Gefährdungsbeurteilung in der Praxis
Gefahren für Mensch und Umwelt	Kennzeichnungsschild, Sicherheitsdatenblatt unter Nr. 3
Schutzmaßnahmen, Verhaltensregeln	Kennzeichnungsschild, Sicherheitsdatenblatt unter Nr. 7 u. 8
Verhalten im Gefahrfall	Sicherheitsdatenblatt unter Nr. 5 u. 6
Erste Hilfe	Sicherheitsdatenblatt unter Nr. 4
Sachgerechte Entsorgung	lokaler Entsorger, Sicherheitsdatenblatt unter Nr. 13

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.8 Arbeiten am Computer oder Monitor

In unserer Praxis ist der Computer (PC) ein Hilfsmittel zum Speichern, Ordnen und Verarbeiten von Patientendaten. Das Arbeiten am Computer spart uns Zeit, ist leicht zu lernen und stört die Beziehung mit Patienten nicht. Die PC ist so aufgestellt, dass auch ein länger dauernder Einsatz keine Beschwerden auslöst.

Qualitätsziele

- Beim Erstellen eines **PC-Arbeitsplatzes** prüfen wir, ob der **Bildschirm** gut lesbar aufgestellt wird, ob die **Tastatur** und **Maus** gut erreichbar ist und dass der Arbeitsplatz in **variablen Haltungen** zu bedienen ist.
- Die Aufstellung von **Drucker** sollte so eingerichtet werden, dass Formulareinzug und Ausgabe **gut zu erreichen** sind und **Druckerlärm** (Nadeldrucker) optimal gedämpft wird.
- Bei der Wahl eines (Netzwerk-)Programmes beachten wir die **Absturzsicherheit,** die **Benutzerfreundlichkeit** sowie eine einfache **Bedienbarkeit** und Einarbeitung.
- Aufgaben sollten vom Computersystem **zügig** durchgeführt werden.
- Bei der Wahl eines Computers achten wir auf geringen Energieverbrauch und niedriges Kühlergeräusch.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass der Bildschirm (bei Textverarbeitung 17`` oder Vorzugsweise mind. 15`` LCD-Bildschirme) nicht flimmert, die Schrift scharf, „Positiv“ (Dunkle Zeichen auf hellem Untergrund) und gut lesbar ist, das der Bildschirm mindestens 50cm vom Auge entfernt geneigt oder gedreht werden kann und keine Reflektionen aufweist. Die Tastatur soll ausreichen groß und neigbar (20 Grad) sein, steht rutschfest und die Hände oder Unterarme können bei der Eingabe abgelegt werden. Die Maus hat eine eigene Unterlage, bei viel Maus-Arbeit sollte die Hand und Unterarm abgelegt werden können,
- sorgt dafür, dass die Software der Erwartungshaltung, die Benutzerfreundlichkeit und der Schnelligkeit entsprechen, dass die Mitarbeiter ausreichend mit der Software unterwiesen ist und die Software sich selber erklärt bzw. Hilfsprogramme gut erreichbar und verwendbar sind. Beim Arbeiten im Internet kann ein update-unterstützter Virusschutz Datenverluste vermeiden,
- sorgt dafür, dass die Mitarbeiter umfassend über die gesundheitlichen Risiken bei Bildschirmtätigkeit aufgeklärt wurden, regelmäßige ihre Bildschirmtätigkeit unterbrechen können und keine Gelenks- oder Haltungsbeschwerden bekommen von der Tätigkeit am Computer,
- organisiert Fortbildungen über Software.

Praxisinhaber oder Mitarbeiter:

- sorgt dafür, dass gemeinsam mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit die Arbeitsplätze beurteilt werden.

Quellen und Informationen

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Bildschirmarbeitsplätze in Kliniken und Praxen, 2006
- Bildschirm-Checkliste (ASER, Wuppertal), www.aser.uni-wuppertal.de

Tipps zur Bildschirmarbeit

- Die Größe des Bildschirms muss der Art der Tätigkeit angemessen sein,
- bei **Textverarbeitung** mindestens 17 Zoll Bildschirmdiagonale,
- bei Geräten mit Flüssigkristallanzeige (LCD) entspricht die sichtbare Bildschirmdiagonale der angegebenen. Daher dürfen **LCD-Monitore bis zu 2 Zoll kleiner** sein,
- bei LCD-Geräten (Flachbildschirme) sollten Aktivmatrixbildschirme (TFT) verwendet werden, die Nachleuchtspuren (ghosting) und die dadurch verursachte schlechte Erkennbarkeit von Zeichen konstruktionsbedingt reduzieren,
- es sollten Schriftarten verwendet werden, die die Gefahr der Verwechslung von Zeichen reduzieren (überprüfbar an O und 0, U und V, S und 5)

Die Verwendung von Farben soll der Funktion angepasst sein.

- die Hinweisfunktion von Farben sollte beachtet werden (z. B. Rot als Warnung),
- auf die großflächige Verwendung gesättigter Farben sollte verzichtet werden,
- gleiches gilt für die großflächige Verwendung von Komplementärfarben (rot-grün; blau-gelb),
- bei großflächiger Farbverwendung sollten Auswirkungen auf Kontraste beachtet werden.

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.9 Arbeiten mit technischen Geräten (Betriebssicherheitsverordnung, Medizinproduktegesetz, Verordnungen zum Strahlenschutz)

In unserer Praxis arbeiten wir mit sicheren und zuverlässigen Arbeitsmitteln und Geräten.

Arbeitsmittel und Medizinprodukte in der Arztpraxis

Arbeitsmittel sind nach Betriebssicherheitsverordnung Handwerkzeuge, Geräte, Maschinen, Anlagen z. B.

- elektrische Anlagen und Betriebsmittel (BGV A3),
- Leitern und Tritte (BGV D36),
- Kleindampfsterilisatoren (Autoklaven).

Für Arbeitsmittel gilt die Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV).

Medizinprodukte sind zur Anwendung am Menschen bestimmt und dienen der Diagnostik oder Therapie von Krankheiten oder lassen Verletzungen / Behinderungen erkennen / kompensieren oder dienen der Empfängnisverhütung (keine Medikamente oder Kosmetika).

Aktive Medizinprodukte (Geräte) sind z. B.

- elektrisch betriebene medizinische Mess- und Diagnosegeräte (EKG, Kernspin, Röntgen, Ultraschall etc.),
- elektrisch betriebene Therapiegeräte,
- batteriebetriebene Kleingeräte (Laryngoskope, Stethoskope mit Verstärker, ...).

Nichtaktive Medizinprodukte sind z. B.

- nicht elektrisch betriebene medizinische Messgeräte,
- Orthopädische Implantate, Dentalprodukte,
- medizinische Instrumente,
- OP-Abdeckungen und Bekleidung.

Für Medizinprodukte gilt die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

Für **Röntgengeräte** gilt zusätzlich die Röntgenverordnung (RöV).

Qualitätsziele

- Wir kaufen und verwenden nur sichere Arbeitsmittel und Medizinprodukte.
- Elektrische Geräte und aktive Medizinprodukte werden **regelmäßig geprüft.**
- Messgeräte sind **geeicht** und zuverlässig.

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass nur Geräte beschafft werden, die sicher sind (Sicherheits-Check, s. u.),
- organisiert die
  - regelmäßigen Prüfungen für elektrische Betriebsmittel nach BGV A3,
  - sicherheitstechnischen Kontrollen (STK) für Geräte nach Anlage 1 MPBetreibV,
  - messtechnischen Kontrollen (MTK) für Medizinprodukte nach Anlage 2 MPBetreibV.

Mitarbeiter:

- überprüft monatlich das Bestandsverzeichnis und pflegt die Sammlung der Gebrauchsanweisungen,
- überwacht die Prüfungs- und Kontrolltermine,
- ist Medizinproduktebeauftragter für .....

Alle

- melden Fehler oder Störungen an Arbeitsmitteln und Geräte sofort dem Praxisinhaber,
- verwenden nur die festgelegten Verfahren zur Reinigung und Sterilisation.

Quellen und Informationen

- BGV A3 "Elektrische Anlagen und Betriebsmittel"
- BGV D36 "Leitern und Tritte"
- S. Brandenburg, G. Mehrtens, E. Weiß: Arbeitsschutz und Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006

Sicherheits-Check für neue Arbeitsmittel und Geräte

- offensichtliche Mängel (z. B. Schutzeinrichtungen fehlen),
- Produktbezeichung fehlt (nur Typennummer angegeben),
- kein CE-oder GS-Zeichen,
- Konformitätserklärung fehlt oder unvollständig (fehlende Unterschrift oder Angaben zum Unterzeichner),
- Konformitätserklärung bezieht sich auf anderes Produkt,
- Betriebsanleitung unvollständig,
- bestimmungsgemäße Benutzung nicht klar erkennbar,
- unzureichende Sprachqualität,
- ungenügende Angaben zur Instandhaltung.

Unsichere Arbeitsmittel und Geräte mit "Kreuzchen" zurückgeben oder umtauschen !

Grundpflichten nach der Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung

- Dokumentation der Medizinprodukte (Bestandsverzeichnis) für aktive Produkte mit monatlicher Aktualisierung (umfasst alle Geräte, nur batteriebetriebene Kleingeräte können auf Antrag bei der zuständigen Behörde ausgenommen werden):
  - Identifikationsdaten (Art, Typ, Anschaffungsjahr, Serien-Nr., CE-Zeichen),
  - Hersteller, Lieferant,
  - Standort / Einsatzbereich,
  - Prüffristen,
  - Medizinproduktebuch (liefert der Hersteller mit) für alle Produkte der Anlage 1 und 2 MPBetreibV (s. u.) mit Ausnahme der meisten Fieberthermometer und Blutdruckmessgeräte.
- Prüfung, Wartung und Instandhaltung
  - nicht aktive Medizinprodukte: keine Vorgaben,
  - aktive Medizinprodukte (nicht in der Anlage 1 MPBetreibV): Prüfung nach BGV A3 (s. u.),
  - aktive Medizinprodukte aus der Anlage 1 MPBetreibV (s. u.): Sicherheitstechnische Kontrollen (STK),
  - Medizinprodukte aus der Anlage 2 MPBetreibV (s. u.): Messtechnische Kontrollen (MTK),
  - generell: validierte Verfahren zur Desinfektion / Sterilisation.
- Einweisung der Anwender
  - aktive Medizinprodukte aus der Anlage 1 MPBetreibV (s. u.): Medizinproduktebeauftragter.
- Meldepflichten
  - Funktionsstörungen, die den Gesundheitszustand eines Patienten gefährdet haben, an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) melden (Formblatt unter www.dimdi.de).

Anlage 1 zur Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung:

Medizinprodukte, die aufgrund eines möglichen Risikos besonderen Anforderungen unterliegen:

Nichtimplantierbare aktive Medizinprodukte zur

- Erzeugung und Anwendung elektrischer Energie zur unmittelbaren Beeinflussung der Funktion von Nerven und/oder Muskeln bzw. der Herztätigkeit einschließlich Defibrillatoren,
- intrakardialen Messung elektrischer Größen oder Messung anderer Größen unter Verwendung elektrisch betriebener Messsonden in Blutgefäßen bzw. an freigelegten Blutgefäßen,
- Erzeugung und Anwendung jeglicher Energie zur unmittelbaren Koagulation, Gewebezerstörung oder Zertrümmerung von Ablagerungen in Organen,

- unmittelbaren Einbringung von Substanzen und Flüssigkeiten in den Blutkreislauf unter potenziellem Druckaufbau, wobei die Substanzen und Flüssigkeiten auch aufbereitete oder speziell behandelte körpereigene sein können, deren Einbringung mit einer Entnahmefunktion direkt gekoppelt ist,
- maschinellen Beatmung mit oder ohne Anästhesie,
- Diagnose mit bildgebenden Verfahren nach dem Prinzip der Kernspinresonanz,
- Therapie mit Druckkammern,
- Therapie mittels Hypothermie.

Säuglingsinkubatoren

Externe aktive Komponenten aktiver Implantate.

Anforderungen an das Betreiben dieser Geräte:

- bei Inbetriebnahme Funktionsprüfung am Aufstellort (durch Hersteller / Lieferant),
- Medizinproduktebeauftragter mit besonderer Einweisung durch Hersteller / Lieferant,
- sicherheitstechnische Kontrollen (STK) nach den von Hersteller vorgegebenen Fristen durch geeignete Personen (z. B. von Medizintechnikfirmen),
- Eintrag in das Medizinproduktebuch mit Dokumentation der STK,

Nachprüffristen in Jahren für Medizinprodukte, die messtechnischen Kontrollen unterliegen:

Medizinprodukte zur Bestimmung der Hörfähigkeit (Ton- und Sprachaudiometer)	1
Medizinprodukte zur Bestimmung von Körpertemperaturen (mit Ausnahme von Quecksilberglasthermometern mit Maximumvorrichtung)	
• medizinische Elektrothermometer	2
• mit austauschbaren Temperaturfühlern	2
• Infrarot-Strahlungsthermometer	1
Messgeräte zur nichtinvasiven Blutdruckmessung	2
Medizinprodukte zur Bestimmung des Augeninnendruckes (Augentonometer)	
• allgemein	2
• zur Grenzwertprüfung	5
Therapiedosimeter bei der Behandlung von Patienten	
• von außen mit Photonenstrahlung im Energiebereich bis 1,33 MeV	
• allgemein	2
• mit geeigneter Kontrollvorrichtung, wenn der Betreiber in jedem Messbereich des Dosimeters mindestens halbjährliche Kontrollmessungen ausführt, ihre Ergebnisse aufzeichnet und die bestehenden Anforderungen erfüllt werden	6

• mit Photonenstrahlung im Energiebereich ab 1,33 MeV und mit Elektronenstrahlung aus Beschleunigern mit messtechnischer Kontrolle in Form von Vergleichsmessungen	2
• mit Photonenstrahlung aus Co-60-Bestrahlungsanlagen	2 / 6
Diagnostikdosimeter zur Durchführung von Mess- und Prüfaufgaben, sofern sie nicht § 2 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 der Eichordnung unterliegen	5
Tretkurbelergometer zur definierten physikalischen und reproduzierbaren Belastung von Patienten	2

Anlage 2 zur Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung

Anforderungen an das Betreiben dieser Geräte:

- Messtechnische Kontrollen nach Vorgabe der Anlage 2 (MTK), Ausnahme: Therapiedosimeter,
- Prüfungen am Gerät dokumentieren mit Zeichen des Prüfers und Angabe des nächsten Prüfungstermins,
- Anzeige der Prüfung bei der zuständigen Behörde (Eichamt),
- Prüfer müssen qualifiziert sein und geeignete Messwerkzeuge haben (Nachweispflicht!),

Aufbereitung von Medizinprodukten (zum Beispiel Instrumente)

Aufbereitung schriftlich festlegen. Mögliche zu beachtende Einzelschritte:

- Sachgerechte Vorbereitung,
- Reinigung/Desinfektion, Spülung, Trocknung,
- Prüfung auf Sauberkeit, Unversehrtheit,
- Pflege, Instandsetzung,
- Funktionsprüfung,
- ggf. Kennzeichnung,
- ggf. Verpackung, Sterilisation,
- dokumentierte Freigabe.

Personal einweisen und regelmäßig unterweisen belehren (Dokumentation der Unterweisung Belehrung).

- Instrumentenaufbereitung:
  - Bei trockener Entsorgung Personalschutz beachten!
  - Möglichst maschinelle (thermische oder chemothermische).
- Desinfektion (Reinigungs-Desinfektions-Automat),
  - Reinigungs-Desinfektions-Automaten regelmäßig warten lassen,
  - Funktion der Reinigungs-Desinfektions-Automaten regelmäßig überprüfen, zum Beispiel mit Biodindikatoren, Thermologgern.

- Manuelle Instrumentenaufbereitung:
    - Nur „zweit“ beste Lösung (nach maschineller Aufbereitung),
    - Heute häufig zuerst Reinigung (Personalschutz dabei beachten: mindestens Handschuhe. Bei Aerosol-Risiko ggfs. auch P2-Maske und Schutzbrille), dann Desinfektion,
    - Desinfektionsmittelwanne mit Siebeinsatz und Deckel verwenden,
    - Einlegen: sofort nach Gebrauch, zerlegt, vollständige Benetzung aller Oberflächen (auch Lumina!),
    - Einwirkzeit einhalten, danach mit Wasser abspülen (evtl. VE-Wasser),
    - Lösung täglich (oder häufiger) erneuern und/oder mit Testkits der Firmen kontrollieren.
- Aufbereitung geregelt für
    - Inhalationsgeräte?
    - Lungenfunktionsgeräte?
    - Proktoskop?
    - Ultraschallkopf?
    - Stethoskop, Blutdruckmanschette?
    - Fieberthermometer?

Wird bei Neuanschaffung von Geräten die Aufbereitung berücksichtigt: Macht der Hersteller umsetzbare Vorgaben mit auch in Deutschland erhältlichen und einsetzbaren Produkten?

Sterilisation

Ist der Sterilisator validiert? (Hinweis: Heute gibt es in Arztpraxen häufig noch Dampfsterilisatoren ohne Vakuumphase, die nur für feste Instrumente/Güter geeignet sind. Diese Sterilisatoren sind nicht validierbar und auf längere Sicht nicht mehr einsetzbar.)

- Werden die Sterilisationsvorgänge dokumentiert?
- Tagebuch mit Dokumentation jeder Sterilisation?
- Chargenkontrolle? (Chem. Indikator mitführen.),
- Periodische Prüfung mit Bioindikatoren: halbjährlich und/oder alle 400 Chargen?
    - Ggfs. Prüfung mit Thermologgern.
- Wird der Sterilisator regelmäßig gewartet?
- Hat eine Person des Personals wenigstens einmal eine Fortbildung (zum Beispiel Fachkunde-1-Kurs nach DGSV oder spezielle neuere Angebote) gemacht?

aus: Checkliste der Rheinischen Ärztekammer „Hygiene in der Arztpraxis“

Hinweise zur Elektrosicherheit nach BGV A3

Der Inhaber der Praxis hat dafür zu sorgen, dass elektrische Endgeräte, die älter als vier Jahre sind, von einer befähigten Person (nach Betriebssicherheitsverordnung) auf Sicherheit für das Personal (nicht für die Patienten!) geprüft werden. Prüfabstand ist vier Jahre (Berufsgenossenschaftliche Vorschrift BGV A 3, §§ 3, 5). Zu den elektrisch betriebenen Endgeräten zählen auch Medizinprodukte, die unter § 1 der Medizinprodukte-Betreiberordnung fallen, nämlich EKG, EEG, UV-Leuchten, Sterilisator, die keine regelmäßige Wartung benötigen. Außerdem zählen dazu Elektrogeräte wie Lampen, Fax-Gerät, Telefon, Computer, Monitor, Stehlampe – sofern das berufsgenossenschaftlich versicherte Personal mit diesen Geräten in Berührung kommt. Werden die Geräte durch eine Elektrofachkraft (nicht durch den Hausmeister) gewartet, sind die berufsgenossenschaftlichen Vorschriften erfüllt (Durchführungsanweisung der BGV A 3 vom April 1997, zu § 5 Absatz 1 Nummer 2). Befinden sich die Geräte ausschließlich in der Verfügungsgewalt des nicht versicherten Praxisinhabers (zum Beispiel im Arztzimmer, zu dem das berufsgenossenschaftlich versicherte Personal, auch die versicherte Putzfrau, keinen Zugang hat), sind Überprüfungen nicht vorgeschrieben.

Zu beachten ist, dass elektrisch betriebene Endgeräte, die nach § 4 Medizinprodukte-Betreiberverordnung instand gehalten werden, nicht zwingend vom Hersteller nach BGV A 3 geprüft werden müssen. Zu diesen Geräten gehören auch Ultraviolett-Bestrahlungsgeräte. Hautarztpraxen zum Beispiel, die solche Bestrahlungsgeräte betreiben, haben somit die Wahl, deren Überprüfung durch den Hersteller mit hohen Anfahrts- und Wartungskosten durchführen zu lassen oder durch eine Elektrofachkraft vor Ort. Die BGV-A-3-Prüfung eines derartigen UV-Gerätes dauert etwa 30 Minuten einschließlich der Messung der abgestrahlten UV-Energie (ohne mögliche Reparaturmaßnahmen).

Die BGV-A-3-Prüfung wird nach DIN VDE 105-100 Abschnitt 5.3 durchgeführt und beinhaltet:

- Gerätespezifische Funktionsprüfung, Sichtprüfung,
- Messung des Isolationswiderstandes,
- Messung des Schutzleiterwiderstandes,
- Schleifenwiderstand.

Handdokumentation ist ausreichend. Nicht notwendig ist, wie üblicherweise für viel Geld angeboten, die nach der Medizinprodukte-Betreiberordnung vorgenommene Messung. Die Prüfung eines der genannten Endgeräte dauert maximal etwa zehn Minuten (Auskunft Fachausschuss für Elektrotechnik der Berufsgenossenschaften). Die Vergütung ist häufig Verhandlungssache. (...) Der Praxisinhaber kann den Zeitaufwand der Elektrofachkraft weiter verkürzen (und Geld sparen), indem er ein Bestandsverzeichnis der Elektrogeräte für jeden Raum erstellt, die Geräte kennzeichnet und nummeriert. Anhand dessen kann dann die Elektrofachkraft die Geräte durchprüfen.

Die Kosten für die Prüfung des Isolationswiderstandes der eingemauerten Leitungen muss grundsätzlich der Vermieter tragen, da diese in der Regel Eigentum des Vermieters sind, sofern der Mietvertrag nichts anderes aufweist. Dies gilt auch, wenn der Praxisinhaber auf eigene Kosten elektrische Leitungen verlegt hat und kein Rückbau der Leitungen schriftlich vereinbart ist. In einem solchen Fall hat der Vermieter nach § 946 BGB in Verbindung mit § 94 das Eigentum an den elektrischen Leitungen mit Abschluss des Einbaus erlangt. Das Gleiche gilt für den Einbau und die Prüfung des Fehlerstromschutzschalters.

aus: Zierer, Otto, Berufsgenossenschaftliche Vorschriften: Noch Handlungsbedarf für ärztliche Praxen, Deutsches Ärzteblatt 97, Ausgabe 34-35 vom 28.08.2000, Seite A-2220 / B-1892 / C-1776, Regelungen aktualisiert auf Stand Mai 2006

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.10 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz (Arbeitsschutzgesetz)

In unserer Praxis haben wir gutes Betriebsklima, das sich auch auf unsere Patienten überträgt.

Psychische Belastungen bei der Arbeit in der Arztpraxis

Stress: Konflikt zwischen Anforderungen und Leistungsvermögen, der als bedrohlich, kritisch und unausweichlich erlebt wird, z. B. durch Termindruck, Störungen des Arbeitsablaufes, Personalmangel.

Psychische Ermüdung: Zustand der Erschöpfung nach längerer Tätigkeitsdauer oder erhöhter Aufgabenschwierigkeit.

Monotonie: Zustand der Langeweile ausgelöst durch Reizmangel, z. B. einförmige Abläufe, fehlende Zusammenarbeit oder Kommunikation.

Psychische Sättigung: Zustand Unlust betonter oder Ärger bedingter Gereiztheit bei fehlender Sinnhaftigkeit der Tätigkeit oder unüberbrückbaren Diskrepanzen zwischen bestimmten Aspekten des Tätigkeitsinhaltes oder der Ausführungsbedingungen und eigenen Zielen.

Gewalt / Aggressionen: angedrohte oder tatsächliche körperliche oder verbale Angriffe durch Kollegen oder Patienten.

Qualitätsziele

- Unsere Kraftquellen sind ein gesundheitsförderlicher Führungsstil, ein positives Betriebsklima und gute Arbeitsbedingungen.
- Durch **gute Arbeitsorganisation** und **Terminmanagement** vermeiden wir Stress für Mitarbeiter und Patienten.
- Unsere Arbeit ist abwechslungsreich und Team orientiert.
- Wir fühlen uns ausreichend informiert.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass eine Gefährdungsbeurteilung für psychische Belastungen durchgeführt wird (z. B. mit Hilfe der BAuA-Checklisten oder anderen Werkzeugen ,s. u.),
- veranlasst die Umsetzung der notwendige Maßnahmen, z. B. Änderungen von Arbeitsabläufen und -organisation,
- organisiert mindestens monatlich regelmäßige Teambesprechungen,
- führt jährlich Mitarbeitergespräche durch und trifft ggf. Zielvereinbarungen,

- ist sich seiner Verantwortung und Vorbildfunktion als Führungskraft bewusst, bildet sich in Fragen der Personalentwicklung und der Konfliktbewältigung fort und nutzt die Möglichkeiten der Supervision oder des Coachings,
- sorgt für ein regelmäßiges Führungsfeedback (Checklisten s .u.).

Alle

- tragen zu einem positiven Arbeitsklima bei

Quellen und Informationen

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Checklisten zur Erfassung psychischer Fehlbelastungen, http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/ChEF.html__nnn=true
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz (Checklisten s. unten)
- http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Service/downloads,did=56808,render=renderPrint.html
- SPA-S – Screening Psychischer Arbeitsbelastungen, Online-Version unter www.uni-potsdam.de/db/psycho/ (s. unten)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Lust auf Arbeit, Broschüre

Warum sollten psychische Belastungen im Betrieb erfasst werden?

Zu den Grundpflichten der Arbeitgeber nach dem Arbeitsschutzgesetz gehört die Erhaltung und Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit. Sowohl der Abbau von psychischen Belastungen, die zu psychischer Über- oder Unterforderung führen, als auch die Durchführung von Maßnahmen zur menschengerechten Arbeitsgestaltung, die in einer Belastungsoptimierung bestehen, tragen dazu bei. Wichtige Anhaltspunkte für das Vorhandensein Belastungen, die zu psychischer Über- oder Unterforderung der Beschäftigten bei der Arbeit führen, sind z. B.

- Leistungsmängel,
- Nichteinhaltung von Terminen,
- Beschwerden von MitarbeiterInnen über Zeitdruck, unvollständige, fehlende oder zu späte Informationen, fehlerhafte Technik, nutzerunfreundliche Software, fehlende Schulungen usw.,
- Konflikte zwischen den MitarbeiterInnen bzw. zwischen den MitarbeiterInnen und Vorgesetzten bis hin zu Mobbing,
- Suchtfälle (Alkohol, Medikamente, Drogen),
- Zunahme von Fehlzeiten, Fluktuation, Frühverrentungen,
- vermehrte Unfälle.

Quelle: www.baua.de

SPA - Screening psychischer Arbeitsbelastungen

Das SPA - Screening psychischer Arbeitsbelastungen - dient der Analyse und Bewertung arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen im Rahmen von Gefährdungsanalysen gem. Arbeitsschutzgesetz von 1996.

Die online-Version unterstützt die Analyse der psychischen Belastungen, die sich aus der Arbeitssituation selbst ergeben. Dieses Vorgehen ist analog der im § 5 des Arbeitsschutzgesetzes geforderten "Beurteilung der Arbeitsbedingungen" durch den Arbeitgeber oder von ihm beauftragte Sachkundige. Es ist mit dem SPA-S nicht angestrebt, die erlebte Beanspruchung1 der an den zu analysierenden Arbeitsplätzen Beschäftigten zu erheben. Insofern folgt das SPA-S dem Konzept, aus der Art und dem Ausmaß von arbeitsbezogenen psychischen Belastungen das Risiko individueller Beanspruchung abzuschätzen.

Die Analyse und Bewertung der tatsächlichen psychischen Beanspruchung erfolgt mit Hilfe anderer SPA-Verfahrensteile, die Arbeitspsychologen oder speziell geschulten arbeitswissenschaftlichen Experten vorbehalten sind. Die Bewertung des Risikos/des Ausmaßes psychischer Fehlbelastungen anhand der Ergebnisse des SPA-S wird durch die Verfahrensautoren vorgenommen und dem Anwender elektronisch zurückgemeldet.

Das bedingungsbezogene Verfahren SPA-S ist für den externen arbeitswissenschaftlich geschulten Beurteiler konzipiert. Die zu beurteilenden Merkmale bilden das Analyseraster. Sie beziehen sich auf die Bereiche Entscheidungsspielraum (ESPR), Komplexität/Variabilität (KV), Qualifikationserfordernisse (QU), Risikobehaftete Arbeitssituationen/besondere Anforderungen an die Handlungszuverlässigkeit (RA) und Belastende Ausführungsbedingungen (BA).

Mobbing

Unter Mobbing wird eine konfliktbeladene Kommunikationssituation am Arbeitsplatz innerhalb der Kollegenschaft bzw. einzelner Kolleginnen und Kollegen oder aber zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern verstanden. Kennzeichnend ist hierbei, dass einzelne Personen in systematischer Form angegriffen oder ausgegrenzt werden, wobei diese in der Regel unterlegen sind. Nach Leymann (1992) sind wesentliche Kriterien eines Mobbing folgende:

Angriff auf die soziale Beziehung

- Verweigerung der Ansprechbarkeit durch den Betroffenen,
- Vermeidung der Kommunikation mit dem Betroffenen,
- Versetzung an einen abseits gelegenen Arbeitsplatz.

Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen

- Unterbrechung der eigenen Wortbeiträge,
- Einschränkung der Möglichkeit, sich zu äußern,
- Emotionsgeladene, negative Bewertungen,
- Ständige Kritik an der Arbeit und den Arbeitsergebnissen,

- Einbeziehung des Privatlebens als Kritikpunkt,
- Telefonterror,
- Drohungen,
- Abwertende Worte, Blicke und Gesten.

Herabsetzung des sozialen Ansehens

- Verbreitung von Gerüchten,
- Schlecht reden über den Betroffenen,
- Lächerlichmachung,
- Vermutung psychischer Erkrankungen des Betroffenen,
- Angriff auf die Privatsphäre, politische, religiöse Einstellungen,
- Beauftragung mit Arbeiten unterhalb der Qualifikationsstufe des Betroffenen,
- negative Fehlbeurteilung der Arbeitsleistung,
- Sexuelle Anzüglichkeit.

Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation

- Zunehmende Einschränkung der Arbeitsaufgaben,
- Vergabe von sinnlosen oder inadäquaten, unterfordernden Aufgabenstellungen,
- Ständiger Wechsel von Aufgabenstellungen,
- Überfordernde Aufgabenstellungen.

Angriffe auf die Gesundheit

- Androhung oder Anwendung körperlicher Gewalt,
- Zwang zu gesundheitsschädigenden Arbeiten,
- Sexuelle Handgreiflichkeiten,
- Verursachung von kostenträchtigenden Schädigungen durch den Betroffenen.

Welche Situationen stellen kein Mobbing dar?

Der Begriff "Mobbing" wird derzeit allgemein sehr häufig verwendet. Zu einem großen Teil werden hierbei auch die "alltäglichen" Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz innerhalb der Kollegenschaft sowie zwischen Vorgesetzten und Untergebenen gemeint. Sofern es sich hierbei um die nahezu unvermeidlichen Auseinandersetzungen in Sachfragen sowie im Hinblick auf die ebenso unvermeidbaren, oft auch unterschwelligen Präferenzen und Abneigungen einzelner Menschen untereinander handelt, so kann hier nicht von Mobbing gesprochen werden. ()

Leicht mit Mobbing verwechselt werden können Situationen, in denen in Einzelfällen tatsächlich eine Isolierung und Sonderstellung einzelner Mitarbeiter resultiert, deren Gründe jedoch nicht in einer ungerechtfertigten oder überzogenen Handlungsweise der anderen Mitarbeiter oder Vorgesetzten liegt, sondern vielmehr im Verhalten des oder der Betreffenden selbst. Solche Situationen können insbesondere dann entstehen, wenn der oder die Betreffende sich über allgemein geltende Vorschriften (z. B. zum Arbeitsschutz), allgemein geltende innerbetriebliche Anweisungen und Vorgaben oder über nachvollziehbare und vernünftige Einzelanweisungen von Vorgesetzten wiederholt hinwegsetzt bzw. gegen diese verstößt. Auch in derartigen Fällen kann die fast zwangsläufige Reaktion der Vorgesetzten und der übrigen Mitarbeiter zu einer Isolierung des Betreffenden führen, so

dass sich dieser unter Umständen als vermeintliches Opfer übelmeinender Kollegen oder Vorgesetzter sieht oder darstellen möchte. In Wirklichkeit handelt es sich hierbei jedoch um ein innerbetrieblich selbstverständlich nicht akzeptables Verhalten, das zu Recht zu negativen Konsequenzen für den Einzelnen führt. Es handelt sich hierbei letztlich um sogenanntes Querulantentum Einzelner, das den Arbeitsfrieden erheblich stören kann.

Dr. Wolfgang Zschiesche,
http://www.bgfe.de/aktuell/psychische_belastung_am_arbeitsplatz.html

Checklisten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Mitarbeiter: orientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz

Die nachfolgenden Checklisten sollen von den Beschäftigten anonym ausgefüllt werden. Für jede Checkliste sind die Werte zu addieren. Je geringer der Summenwert bei den Checkliste 1 und 3, um so eher kann auf defizitäres Führungsverhalten bzw. mangelhafte soziale Unterstützung geschlossen werden. Für die Checklisten 2 und 4 gilt:

Je höher der Wert, desto höher die Belastungssituation der Mitarbeiter.

Checkliste 1 Erkennen von defizitärem Führungsverhalten

	stimmt 1	2	3	4	stimmt nicht 5
»Der/die Vorgesetzte kritisiert die Mitarbeiter vor Anderen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie weist stets Änderungsvorschläge von Mitarbeitern zurück.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie verändert Arbeitsaufgaben der Mitarbeiter, ohne dies vorher mit ihnen abgesprochen zu haben.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie erkundigt sich nicht nach der Arbeit der Mitarbeiter.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie stellt den Mitarbeiter bloß, der einen Fehler macht.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Treffen Mitarbeiter eigene Entscheidungen, so fühlt er/sie sich übergangen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie gibt den Mitarbeitern Aufgaben, ohne ihnen zu sagen, wie sie sie erledigen sollen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Anweisungen gibt er/sie als Befehl.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Seinen Ärger lässt er/sie an den Mitarbeitern aus.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie versucht den Mitarbeitern das Gefühl zu geben, dass er/sie der Chef ist und sie von ihm/ihr abhängig sind.«	☐	☐	☐	☐	☐
„Der Umgangston mit den Mitarbeitern ist unhöflich und taktlos.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Nach Auseinandersetzungen mit Mitarbeitern trägt er/sie es ihnen nach.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie achtet nur auf die Fehler.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie möchte gerne den Anschein erwecken, als wüsste er/sie bereits alles.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Die Stimmung im Betrieb hängt von den Launen der Vorgesetzten ab.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie versucht, eigene Fehler auf andere zu schieben.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Entscheidungen werden zwar mit den Mitarbeitern getroffen, danach sieht deren Verwirklichung stets ganz anders aus, als man sich das vorgestellt hat.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie handelt häufig nicht gerecht.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Man wird stets zur Arbeit angetrieben.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Selbst bei Entscheidungen, die direkt die Interessen der Mitarbeiter betreffen, werden sie vorher nicht nach ihrer Meinung befragt.«	☐	☐	☐	☐	☐

Checkliste 2 Erkennen von gesundheitsförderlichem Führungsverhalten

	stimmt 1	2	3	4	stimmt nicht 5
»Der/die Vorgesetzte zeigt Anerkennung, wenn ein Mitarbeiter gute Arbeit leistet.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie bemüht sich, langsam arbeitende Mitarbeiter zu mehr Leistung anzuspornen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie weist den Mitarbeitern spezifische Arbeitsaufgaben zu.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Hat jemand persönliche Probleme, so hilft er/sie ihm.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie steht für die eigenen Mitarbeiter und ihre Taten ein.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie behandelt die Mitarbeiter wie gleichberechtigte Partner.«	☐	☐	☐	☐	☐
»In Gesprächen mit den Mitarbeitern schafft er/sie eine gelöste Stimmung, sodass sie sich frei und entspannt fühlen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie ist freundlich und gut erreichbar.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie reißt die Mitarbeiter mit.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Bei wichtigen Entscheidungen holt er/sie erst die Zustimmung der Mitarbeiter ein.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Wenn er/sie Fehler entdeckt, bleibt er/sie freundlich.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie ist am Wohlergehen der Mitarbeiter interessiert.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie passt die Arbeitsgebiete den Fähigkeiten und Leistungsmöglichkeiten der Mitarbeiter an.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie regt die Mitarbeiter zur Selbstständigkeit an.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie hat Vertrauen in die Mitarbeiter.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie vermittelt den Eindruck von Kompetenz.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie ist ein gutes Vorbild.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Man ist stolz darauf, mit ihm/ihr zusammenzuarbeiten.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie hört gut zu.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie versucht, Probleme auch aus neuen Blickwinkeln zu betrachten.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie gibt Ratschläge, wenn sie gebraucht werden.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie achtet auf Fehler, wenn dadurch ein bestimmter Standard gefährdet ist.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Er/sie bespricht mit den Mitarbeitern, wie sie ihre Ziele erreichen können.«	☐	☐	☐	☐	☐

Checkliste 3 Erkennen von mangelhafter sozialer Unterstützung

	stimmt 1	2	3	4	stimmt nicht 5
»Ich fühle mich durch meine Arbeit insgesamt ziemlich belastet und mitunter sogar überlastet.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Ich habe – bedingt durch Arbeitsabläufe und Arbeitsgestaltung – wenig Kontakt zu Kollegen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Ich habe – bedingt durch Arbeitsabläufe und Arbeitsgestaltung – wenig Kontakt zu meinem/meiner Vorgesetzten.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Wenn etwas schief läuft, wird immer gleich ein Schuldiger gesucht, statt über die zugrunde liegenden Ursachen für die Probleme nachzudenken.«	☐	☐	☐	☐	☐
»In unserer Abteilung/Arbeitsgruppe herrscht großes Konkurrenzdenken. Keiner hilft dem anderen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Persönliche Bedürfnisse zählen in der Arbeit nicht.«	☐	☐	☐	☐	☐
»In Konfliktsituationen fühlt man sich alleingelassen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Um Hilfe nachzusuchen, wird als Schwäche betrachtet.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Es ist keine Zeit da, damit gemeinsam überlegt werden kann, wie man die Arbeit besser organisieren kann.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Dem anderen nicht zu helfen, wird bei uns ›belohnt‹. Nur mit Ellbogen-Mentalität kommt man bei uns nach oben.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der horizontale Informationsfluss (unter den Kollegen) ist gering.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der vertikale Informationsfluss (von dem/der Vorgesetzten zum Mitarbeiter) ist gering.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Man erhält kaum Rückmeldung oder soziale Bestätigung.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Rückmeldung von dem/der Vorgesetzten gibt es nur, wenn etwas schief gelaufen ist.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Als Neuer hat man es nicht leicht, sich einzugliedern und akzeptiert zu werden.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der/die Vorgesetzte ist immer schwer zu erreichen, wenn ich ihn/sie brauche.«	☐	☐	☐	☐	☐

Checkliste 4 Erkennen von guter sozialer Unterstützung

	stimmt 1	2	3	4	stimmt nicht 5
»Wenn einer Probleme mit seiner Arbeit hat, wird ihm von dem/der Vorgesetzten geholfen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Wenn einer Probleme mit seiner Arbeit hat, wird ihm von den Kollegen geholfen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Die Arbeitskollegen bieten immer wieder ihre Hilfe an.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Wenn Schwierigkeiten auftreten, stellt sich der/die Vorgesetzte vor einen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der/die Vorgesetzte hat immer ein Ohr – auch wenn es um Privates geht.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der/die Vorgesetzte nimmt sich auch mal mehr Zeit, wenn Mitarbeiter mit ihren Problemen oder Vorschlägen zu ihm/ihr kommen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der/die Vorgesetzte informiert gut über Unternehmensziele, Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der/die Vorgesetzte kommt auf mich zu und bespricht sich mit mir, wenn es um Dinge geht, die meinen Arbeitsplatz oder meinen Aufgabenbereich betreffen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Auf meine Kollegen kann ich mich jederzeit verlassen.«	☐	☐	☐	☐	☐
»Der/die Vorgesetzte setzt sich für mich ein, soweit das im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten liegt.«	☐	☐	☐	☐	☐
„Der/die Vorgesetzte kann sich gut in meine Situation hineinversetzen.«	☐	☐	☐	☐	☐
„Der/die Vorgesetzte ist bestrebt, mich nicht zu überfordern.«	☐	☐	☐	☐	☐
„Es gibt regelmäßige Besprechungen, auf denen Probleme, die das ganze Team betreffen, diskutiert werden.«	☐	☐	☐	☐	☐

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.11 Heben und Tragen (Lastenhandhabungsverordnung)

In unserer Praxis schützen wir uns durch überlegtes und sachgerechtes Heben und Tragen vor Rückenerkrankungen.

Qualitätsziele

- Zum Heben und Tragen von Lasten benutzen wir **geeignete Hilfsmittel.**
- Patienten und schwere Gegenstände heben wir **stets zu zweit.**
- Wir kennen die Regeln für Rücken schonendes Heben und Tagen.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- führt gemeinsam mit der Sicherheitsfachkraft eine Gefährdungsbeurteilung für Tätigkeiten durch, die ein Heben und Tragen von Lasten oder Patienten erfordern,
- organisiert geeignete Hilfsmittel zum Transport von schweren Gegenständen (z. B. Transportwagen oder -rollen),
- bietet den Mitarbeitern die Teilnahme an einer Rückenschule an (s. auch Gesundheitsförderung).

Mitarbeiter:

- Informiert die anderen Mitarbeiter auf einer Teambesprechung über das körpergerechte Handhaben von Lasten.

Alle

- holen sich jemanden zu Hilfe, wenn ein Patient oder eine schwere Last gehoben oder getragen werden muss.

Quellen und Informationen

Theon Moerbeek: Backonomics, 1. Auflage, 2007, ISBN 978-3-00-019980-6

Regeln für das körpergerechte Handhaben von Lasten

Anheben:

- Prüfen, ob Last ohne Behinderung bewegt werden kann,
- unhandliche, sperrige Lasten mit technischen Hilfsmitteln oder durch mehrere Personen aufnehmen,
- Last nie ruckartig anheben,
- Last mit geradem Rücken und gebeugten Knien heben,
- Last möglichst körpernah heben,
- Beim Heben Wirbelsäule nicht verdrehen.

Absetzen:

- Last mit geradem Rücken in der Hocke absetzen,
- Last gleichmäßig absetzen,
- keineswegs Last kurz vor dem Absetzen plötzlich abfangen,
- Absetzunterlagen verwenden (Quetschgefahr für Hände vermeiden).

Tragen:

- Lasten symmetrisch verteilen (nicht einseitig tragen),
- Aufrechte Haltung,
- Last am Körper abstützen,
- Last möglichst auf Schulter oder Rücken tragen,
- Bei andauerndem Tragen Last mehrmals absetzen.

Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Ratgeber Gefährdungsbeurteilung, 2004

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.12 Persönliche Schutzausrüstung (PSA-Anwendungsverordnung)

In unserer Praxis verwenden wir zu unserem Schutz notwendige persönliche Schutzausrüstungen konsequent und sachgerecht.

Qualitätsziele

Aus der **Unterweisung** sind uns die Tätigkeiten bekannt, die Persönliche Schutzausrüstung erfordern.

Bei Einmalhandschuhen (Latex) achten wir darauf, dass sie allergenarm und nicht gepudert sind.

Wir wissen, dass Latexhandschuhe **keinen Schutz vor Chemikalien** (z. B. Desinfektionsmittel) bieten und beachten die Vorgaben zur Persönlichen Schutzausrüstung in der Betriebsanweisung.

Bei Laborarbeiten tragen wir Kittel und Schutzbrille.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- legt im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung die Tätigkeiten fest, für die Persönliche Schutzausrüstung (PSA) erforderlich ist,
- lässt sich von der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt oder arbeitsmedizinischen Dienst ausführlich über die richtige PSA beraten,
- organisiert die Beschaffung von PSA in ausreichender Qualität und Menge,
- achtet auf die regelmäßige Unterweisung, auch für neue Mitarbeiter.

Mitarbeiter

- achtet darauf, dass PSA (z. B. Schutzhandschuhe) rechtzeitig nachbestellt werden.

Alle

- tragen notwendige PSA, prüfen sie regelmäßig, melden Schäden, lagern und entsorgen sie ordnungsgemäß.

Quellen und Informationen

- BGR A1 "Grundsätze der Prävention", Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Oktober 2005
- BG-Regeln zur Benutzung von persönlichen Schutzausrüstungen (BGR 189 bis 201)

Vorgaben der BGV / BGR A1 zu "Persönlicher Schutzausrüstung"

- Bereitstellen geeigneter persönlicher Schutzausrüstungen (ausreichende Schutzwirkung, ergonomische Aspekte beachten, z.B. Passform, Gewicht, Handhabbarkeit),
- Beschäftigte anhören (Tragebereitschaft, individuelle körperliche Voraussetzungen, persönliche Unverträglichkeiten, Umgebungsbedingungen, Einsatzmöglichkeiten am Arbeitsplatz),
- ausreichende Anzahl (nur zur persönlichen Verwendung, funktionsbereit),
- Gebrauchsdauern (s. Gebrauchsanweisung) und Tragezeitbegrenzungen (bei Atemschutz) beachten,
- EG-Konformitätserklärungen (CE-Zeichen, ggf. Piktogramm "Chemikalienschutz"),
- Unterweisung (bestimmungsgemäße Benutzung ggf. mit Übung, PSA regelmäßig auf ordnungsgemäßen Zustand prüfen, festgestellte Mängel unverzüglich melden).

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.13 Schutz werdender und stillender Mütter (Mutterschutzgesetz, Mutterschutzverordnung)

In unserer Praxis sorgen wir für den Schutz und Erhalt der Gesundheit der Mitarbeiterinnen, der einer besonderen Fürsorge in der Schwangerschaft und Stillzeit bedarf. Wir bemühen uns eine Gefährdung des ungeborenen Lebens durch schädliche Einflüsse zu verhindern.

Qualitätsziele

Die Arbeitsatmosphäre und Arbeitsbedingungen sind bei uns so gestaltet,

- dass für die **werdende und stillende Mutter** die körperlichen und seelischen Belastungen bei der Arbeit ihren veränderten und sich verändernden Fähigkeiten entsprechen,
- dass Gefährdungen des **Ungeborenen** durch physische, chemische oder biologische Einwirkungen verhindert werden.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass alle Mitarbeiterinnen, die schwanger werden könnten und die an der Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kindern beteiligt sind, der Infektionsschutz gegen folgende Erkrankungen untersucht wird: Keuchhusten (Bordetella pertussis) Masern Mumps, Röteln, Windpocken (Varizella Zoster), Hepatitis A,
- empfiehlt bei fehlendem Schutz die Schutzimpfung und trägt die Kosten für die notwendigen Untersuchungen und Impfstoffe,
- benachrichtigt die Aufsichtsbehörde (Bezirksregierung Arnsberg) unverzüglich von der Mitteilung der werdenden Mutter unter Wahrung der Vertraulichkeit gegenüber Dritten,
- sorgt dafür, dass unmittelbar nach der Mitteilung die notwendige Beurteilung der Arbeitsbedingungen durchgeführt wird, erforderlichenfalls mit Unterstützung der externen Sicherheitsfachkraft oder des Betriebsarztes,
- entscheidet über notwendige Maßnahmen, setzt sie um (z. B. Sitzgelegenheit, Arbeitsorganisation, Unterlassen gefährdender Tätigkeiten) und bespricht sie ausführlich mit der werdenden Mutter (Unterrichtung nach Mutterschutzverordnung),
- sorgt dafür, dass werdende und stillende Mütter keine Lasten heben oder tragen, die schwerer als 10 kg (seltene Tätigkeiten) bzw. 5 kg (häufige Tätigkeiten) sind,
- achtet auf die Einhaltung der Mutterschutzfristen vor und nach der Geburt,
- hält die nach Mutterschutzgesetz und -verordnung notwendigen Unterlagen für eine eventuelle Kontrolle durch die Aufsichtsbehörde bereit.

Mitarbeiter:innen, bei denen eine Schwangerschaft festgestellt wird

- informieren unmittelbar den Praxisinhaber, da nur dann die notwendigen Maßnahmen zum Schutz von Mutter und Kind eingeleitet werden können (Hinweis: Gefahrstoffe, die das werdende Leben schädigen können, entfalten ihre größte Wirkung in der 6. - 8. Schwangerschaftswoche !)

Alle Mitarbeiter:innen

- prüfen selbstbewusst die Impfangebote und sind sich eines erhöhten Infektionsrisikos durch ihre Arbeit bewusst.

Quellen und Informationen

Vorgaben des Mutterschutzgesetzes und der Mutterschutzverordnung :

Mitteilungspflicht für schwangere Mitarbeiter:innen

Werdende Mütter sollen dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Auf Verlangen des Arbeitgebers sollen sie das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme vorlegen. Die Kosten für die Zeugnisse trägt der Arbeitgeber.

Besondere Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Sie muss folgende Gefährdungsfaktoren berücksichtigen:

- Gefahrstoffe, die die Gesundheit der schwangeren Arbeitnehmerin und des ungeborenen Kindes gefährden, insbesondere krebserzeugende, fruchtschädigende oder erbgutverändernde Gefahrstoffe,
- Biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2, 3 und 4 soweit bekannt ist, dass diese Arbeitsstoffe oder die durch sie bedingten therapeutischen Maßnahmen die Gesundheit der schwangeren Arbeitnehmerin und des ungeborenen Kindes gefährden, insbesondere Toxoplasma, Rötelnvirus,
- Physikalische Schadfaktoren, die zu Schädigungen des Fötus führen und/oder eine Lösung der Plazenta verursachen können, insbesondere
    - Stöße, Erschütterungen oder Bewegungen,
    - Bewegen schwerer Lasten von Hand, die insbesondere für den Rücken- und Lendenwirbelbereich gefahrenträchtig sind,
    - Lärm, ionisierende und nicht ionisierende Strahlungen, extreme Kälte und Hitze,
    - Bewegungen und Körperhaltungen, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Betriebs, geistige und körperliche Ermüdung und sonstige körperliche Belastungen, die mit der Tätigkeit der werdenden oder stillenden Mutter verbunden sind.

Beschäftigungverbote

Werdende oder stillende Mütter dürfen nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen die Beurteilung ergeben hat, dass die Sicherheit oder Gesundheit von Mutter- oder Kind durch die chemischen Gefahrstoffe, biologischen Arbeitsstoffe, physikalischen Schadfaktoren oder die Arbeitsbedingungen gefährdet sind.

Generell verboten sind

- Tätigkeiten mit krebserzeugenden, fruchtschädigenden oder erbgutverändernden Gefahrstoffen (nur für werdende Mütter),
- Tätigkeiten mit bestimmten biologischen Arbeitsstoffen: Toxoplasma, Rötelnvirus (außer in Fällen, in denen nachgewiesen wird, dass die Arbeitnehmerin durch Immunisierung ausreichend gegen diese Arbeitsstoffe geschützt ist),
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen bei Nichteinhaltung des Arbeitsplatzgrenzwertes.

Arbeitsgestaltung

- Sitzgelegenheit zum kurzen Ausruhen (für Tätigkeiten, bei denen sie ständig stehen oder gehen muss),
- Gelegenheit zu kurzen Unterbrechungen ihrer Arbeit (für Tätigkeiten, bei denen sie ständig sitzen muss),
- formlose Unterrichtung die Ergebnisse der Beurteilung und über die zu ergreifenden Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

Mutterschutzfristen

Mütter dürfen bis zum Ablauf von acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigt werden. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängern sich die Fristen zusätzlich um den Zeitraum der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2, der nicht in Anspruch genommen werden konnte. Beim Tod ihres Kindes kann die Mutter auf ihr ausdrückliches Verlangen ausnahmsweise schon vor Ablauf dieser Fristen, aber noch nicht in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung, wieder beschäftigt werden, wenn nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht. Sie kann ihre Erklärung jederzeit widerrufen.

Stillzeit

Stillenden Müttern ist auf ihr Verlangen die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens aber zweimal täglich eine halbe Stunde oder einmal täglich eine Stunde freizugeben. Bei einer zusammenhängenden Arbeitszeit von mehr als acht Stunden soll auf Verlangen zweimal eine Stillzeit von mindestens 45 Minuten oder, wenn in der Nähe der Arbeitsstätte keine Stillgelegenheit vorhanden ist, einmal eine Stillzeit von mindestens 90 Minuten gewährt werden. Die Arbeitszeit gilt als zusammenhängend, soweit sie nicht durch eine Ruhepause von mindestens zwei Stunden unterbrochen wird. Durch die Gewährung der Stillzeit darf ein Verdienstausfall nicht eintreten. Die Stillzeit darf von stillenden Müttern nicht vor- oder nachgearbeitet und nicht auf die in dem Arbeitszeitgesetz oder in anderen Vorschriften festgesetzten Ruhepausen angerechnet werden.

Mehrarbeit, Nacht- und Sonntagsarbeit

Werdende und stillende Mütter dürfen nicht mit Mehrarbeit, nicht in der Nacht zwischen 20 und 6 Uhr und nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden. Mehrarbeit ist jede Arbeit, die von Frauen unter 18 Jahren über 8 Stunden täglich oder 80 Stunden in der Doppelwoche, oder von sonstigen Frauen über 8 1/2 Stunden täglich oder 90 Stunden in der Doppelwoche hinaus geleistet wird. In die Doppelwoche werden die Sonntage eingerechnet.

Kündigungsverbot

Die Kündigung gegenüber einer Frau während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung ist unzulässig, wenn dem Arbeitgeber zur Zeit der Kündigung die Schwangerschaft oder Entbindung bekannt war oder innerhalb zweier Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird; das Überschreiten dieser Frist ist unschädlich, wenn es auf einem von der Frau nicht zu vertretenden Grund beruht und die Mitteilung unverzüglich nachgeholt wird. Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann in besonderen Fällen, die nicht mit dem Zustand einer Frau während der Schwangerschaft oder ihrer Lage bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung in Zusammenhang stehen, ausnahmsweise die Kündigung für zulässig erklären. Die Kündigung bedarf der schriftlichen Form und sie muss den zulässigen Kündigungsgrund angeben.

Erhaltung von Rechten

Eine Frau kann während der Schwangerschaft und während der Schutzfrist nach der Entbindung das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist zum Ende der Schutzfrist nach der Entbindung kündigen. Wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst und wird die Frau innerhalb eines Jahres nach der Entbindung in ihrem bisherigen Betrieb wieder eingestellt, so gilt, soweit Rechte aus dem Arbeitsverhältnis von der Dauer der Betriebs- oder Berufszugehörigkeit oder von der Dauer der Beschäftigungs- oder Dienstzeit abhängen, das Arbeitsverhältnis als nicht unterbrochen. Dies gilt nicht, wenn die Frau in der Zeit von der Auflösung des Arbeitsverhältnisses bis zur Wiedereinstellung bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt war.

Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten

Den Frauen ist, soweit sie nicht Mutterschaftsgeld beziehen können, vom Arbeitgeber mindestens der Durchschnittsverdienst der letzten 13 Wochen oder der letzten drei Monate vor Beginn des Monats, in dem die Schwangerschaft eingetreten ist, weiter zu gewähren, wenn sie wegen eines Beschäftigungsverbots oder wegen des Mehr-, Nacht- oder Sonntagsarbeitsverbots teilweise oder völlig mit der Arbeit aussetzen. Dies gilt auch, wenn wegen dieser Verbote die Beschäftigung oder die Entlohnungsart wechselt. Wird das Arbeitsverhältnis erst nach Eintritt der Schwangerschaft begonnen, so ist der Durchschnittsverdienst aus dem Arbeitsentgelt der ersten 13 Wochen oder drei Monate der Beschäftigung zu berechnen. Hat das Arbeitsverhältnis kürzer gedauert, so ist der kürzere Zeitraum der Berechnung zugrunde zu legen. Zeiten, in denen kein Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Bei Verdiensterhöhungen nicht nur vorübergehender Natur, die während oder nach Ablauf des Berechnungszeitraums eintreten, ist von dem erhöhten Verdienst auszugehen. Verdienstkürzungen, die im Berechnungszeitraum infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis eintreten, blei-

ben für die Berechnung des Durchschnittsverdienstes außer Betracht. Zu berücksichtigen sind dauerhafte Verdienstkürzungen, die während oder nach Ablauf des Berechnungszeitraums eintreten und nicht auf einem mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbot beruhen.

Freistellung für Untersuchungen

Der Arbeitgeber hat die Frau für die Zeit freizustellen, die zur Durchführung der Untersuchungen im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich ist. Entsprechendes gilt zugunsten der Frau, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Ein Entgeltausfall darf hierdurch nicht eintreten.

Erholungsurlaub

Für den Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub und dessen Dauer gelten die Ausfallzeiten wegen mutterschutzrechtlicher Beschäftigungsverbote als Beschäftigungszeiten. Hat die Frau ihren Urlaub vor Beginn der Beschäftigungsverbote nicht oder nicht vollständig erhalten, so kann sie nach Ablauf der Fristen den Resturlaub im laufenden oder im nächsten Urlaubsjahr beanspruchen.

Auskunftspflicht gegenüber der zuständigen Behörde

Unterlagen, aus denen Namen, Beschäftigungsart und -zeiten der werdenden und stillenden Mütter sowie Lohn- und Gehaltszahlungen ersichtlich sind, und alle sonstigen Unterlagen, zur Einsicht vorzulegen oder einzusenden. Die Unterlagen sind mindestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Eintragung aufzubewahren.

Mutterschaftsgeld und sonstige Leistungen

Frauen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten für die Zeit der Schutzfristen sowie für den Entbindungstag Mutterschaftsgeld. Frauen, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten, wenn sie bei Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis stehen für die Zeit der Schutzfristen sowie für den Entbindungstag Mutterschaftsgeld auf Antrag vom Bundesversicherungsamt. Frauen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten weitere Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft: ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe.

Hinweise zum Schutz werdender und stillender Mütter in der Arztpraxis:

- Physikalische Gefährdungen:
  - Erschütterungen vermeiden,
  - Heben und Tragen durch technische Hilfsmittel (Hebehilfen) oder arbeitsorganisatorische Maßnahmen erleichtern,
  - wechselnde Tätigkeit mit Möglichkeit der Bewegung im Raum,
  - Sitzgelegenheit bereitstellen,
  - der Einsatz im Kontrollbereich oder der Kontakt mit radioaktiven Stoffen (Nuklearmedizin) ist verboten,
  - das Durchführen von Röntgenaufnahmen, wenn die Mitarbeiterin sich nicht im Kontrollbereich befindet, ist zulässig. Bei den zurzeit eingesetzten Bildschirmen besteht keine Gefährdung für die Schwangere,
  - die Temperaturregulation der werdenden Mutter darf nicht überfordert werden z. B. an heißen Sommertagen,
- Gefahrstoffe:
  - Gefahrstoffe sind in der Arztpraxis sind häufig nicht mit Gefahrensymbolen gekennzeichnet. Daher unbedingt die Arzneimittelliste der BGW beachten, in der insbesondere Wirkstoffe mit krebserzeugenden, erbgutverändernden oder fruchtschädigenden Eigenschaften ausgeführt sind (s. Abschnitt "Tätigkeiten mit Gefahrstoffen"). Die Arbeitsplatzgrenzwerte sind in Arztpraxen bei sachgerechtem Arbeiten im Regelfall eingehalten (mit BGW klären!).
- Biologische Arbeitsstoffe:
  - Die Schwangere soll vor möglichen Infektionen geschützt werden. Der direkte Kontaktes mit potentiell infektiösem Material (Blut und sonstige Körpersekrete, menschliches Untersuchungsgut) muss durch persönliche Schutzausrüstung ausgeschlossen werden. Dies ist beim Umgang mit schneidenden oder stechenden Werkzeugen nicht gewährleistet. Die Durchführung von Injektionen, Punktionen, Operationen (einschließlich Assistenz) muss daher unterbleiben.
- Arbeitsbereiche:
  - Eine erhöhte Unfallgefährdung muss ausgeschlossen sein. Hierzu gehören Arbeiten auf Leitern oder rutschigem Boden. Umgang mit potentiell aggressiven Personen (z. B. in der Psychiatrie) sollte ebenfalls ausgeschlossen sein. Werdende Mütter dürfen in folgenden Bereichen grundsätzlich nicht eingesetzt werden: OP-Bereich, Anästhesie und Aufwachbereich, Intensivstation, Aufnahmestation, Infektionsstation, Dialyseeinheit , Onkologie und Strahlentherapie, Pathologie, Transfusionsmedizinische Abteilungen und Blutbanken sowie Geschlossenen Abteilungen der Psychiatrie.

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.14 Schutz von Jugendlichen (Jugendarbeitsschutzgesetz)

In unserer Praxis sorgen wir für den Schutz unserer jugendlichen Mitarbeiter.

Qualitätsziele

Die Arbeitsatmosphäre und Arbeitsbedingungen sind bei uns so gestaltet, dass die körperlichen und seelischen Belastungen bei der Arbeit die Entwicklung des Jugendlichen **fördern** und **nicht schädlich** sind.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- beurteilt vor Beginn der Beschäftigung Jugendlicher und bei wesentlicher Änderung der Arbeitsbedingungen die mit der Beschäftigung verbundenen Gefährdungen unter Beteiligung des Betriebsarztes und der Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- achtet auf das Vorliegen der ärztlichen Bescheinigung über die Erstuntersuchung und achtet auf die Einhaltung der Frist von 1 Jahr für die erste Nachuntersuchung,
- weist den Jugendlichen auf die Möglichkeit weiterer Nachuntersuchungen hin,
- unterweist den Jugendlichen vor Beginn der Beschäftigung und bei wesentlicher Änderung der Arbeitsbedingungen über Unfall- und Gesundheitsgefahren und Schutzmaßnahmen, insbesondere über Tätigkeiten mit Gefahrstoffen,
- sorgt dafür, dass die Unterweisung (mindestens) halbjährlich wiederholt wird,
- führt ein Verzeichnis der beschäftigten Jugendlichen mit Vor- und Familiennamen, Geburtsdatum, Wohnanschrift, Beginn der Beschäftigung.

Quellen und Informationen

Vorgaben des Jugendarbeitsschutzgesetzes (für Jugendliche von 15 - 17 Jahren):

- Arbeitszeit: max. 8 Std./Tag, max. 40 Std./Woche, nur zwischen 6 und 20 Uhr, 5-Tage-Woche
- Berufsschule: keine Arbeit an Tagen mit mehr als 5 Unterrichtsstunden und weitere Beschränkungen
- Pausen: 30 min (bei 4.5 - 6 Std), 60 min (6 - 8 Std.), Dauer mind. 15 min
- Tägliche Freizeit: mind. 12 Std. ununterbrochen
- Urlaub: 30 Tage (15 Jahre), 27 Tage (16 Jahre), 25 Tage (17 Jahre) in den Berufsschulferien

Beschäftigungsverbote für gefährliche Arbeiten

- die ihre physische oder psychische Leistungsfähigkeit übersteigen,
- bei denen sie schädlichen Einwirkungen von Gefahrstoffen im Sinne des Chemikaliengesetzes ausgesetzt sind (wenn der Arbeitsplatzgrenzwert nicht eingehalten ist (Dies kann z. B. bei aldehydhaltigen Desinfektionsmitteln der Fall sein),
- bei denen sie schädlichen Einwirkungen von biologischen Arbeitsstoffen der Risikogruppen 3 und 4 ausgesetzt sind (andere nur unter Aufsicht eines Fachkundigen).

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.15 Gestaltung der Arbeitszeit (Arbeitszeitgesetz)

In unserer Praxis unterstützen sinnvoll gestaltete Arbeitszeiten und Pausenregelungen das Gleichgewicht zwischen Berufs- und Privatleben (work-life-Balance).

Qualitätsziele

- Unsere Arbeitszeitgestaltung orientiert sich an den Wünschen der Mitarbeiter: und der Patienten.
- Wir nutzen die Möglichkeiten von Teilzeitbeschäftigung und flexiblen Arbeitszeiten.
- Alle Mitarbeiter sind möglichst gleichmäßig ausgelastet.
- Wir haben festgelegte Pausenzeiten, die im Regelfall auch eingehalten werden.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt für eine vorausschauende und flexible Arbeitszeitgestaltung, die auch Zeiten geringen und hohen Arbeitsanfalls in der Praxis berücksichtigt,
- achtet darauf, dass die in den Arbeitsverträgen festgelegten Arbeitszeiten eingehalten werden,
- veranlasst die Festlegung von Pausenzeiten unter Berücksichtigung der Wünschen von Mitarbeitern und Patienten,
- macht die Arbeitszeitgestaltung zum regelmäßigen Thema der Teambesprechung.

Alle

- achten darauf, dass die festgelegten Pausenzeiten beachtet und eingehalten werden.

Quellen und Informationen

- Informationen zu Arbeitszeitmodellen: http://de.osha.europa.eu/topics/arbeitszeitmodelle
- Länderausschuss für Arbeitssicherheit (LASI), "Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern", Leitfaden LV 30, 2004

Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes:

- Arbeitszeit: 8 Stunden werktäglich (kann bis auf 10 Stunden verlängert werden).
- Ruhepausen: mind. 30 Minuten (bei einer Arbeitszeit von 6 - 9 Stunden), 45 Minuten (bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden), müssen im Voraus feststehen.
- Eine Arbeitsunterbrechung kann nur dann als Ruhepause bewertet werden, wenn sie mindestens 15 Minuten dauert.
- Zwischen Arbeitsende und Arbeitsbeginn muss eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 Stunden liegen.

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.16 Erste Hilfe und Brandschutz

In unserer Praxis sind wir auf Unfälle, die "Erste Hilfe" erfordern gut vorbereitet und wir wissen auch, was zur Verhütung und Bekämpfung von Bränden zu tun ist.

Qualitätsziele

- Wir wissen was, bei einem **Unfall** zu tun ist.
- **Fluchtwege und Türen** werden immer freigehalten.
- Brennende Kerzen und die angeschaltete Kochgelegenheit sind **ständig beaufsichtigt.**
- Das **Rauchen ist nicht erlaubt,** um unsere und die Gesundheit unserer Patienten zu schützen und Brände zu vermeiden.
- Beleuchtungseinrichtungen und elektrische Geräte werden regelmäßig kontrolliert und Defekte zügig beseitigt.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- legt den notwendigen Ersthelfer fest und sorgt ggf. für dessen Aus- und Fortbildung nach den Vorgaben der Berufsgenossenschaft,
- sorgt dafür, dass die Praxis den baurechtlichen Anforderungen zum Brandschutz entspricht,
- sorgt dafür, dass ein Verbandbuch geführt wird,
- organisiert die regelmäßige Überprüfung der Feuerlöscher.

Mitarbeiter:

- überprüft einmal im Jahr das Erste-Hilfe-Material und ergänzt es,
- informiert einmal im Jahr in einer Teambesprechung darüber, was im Brandfall zu tun ist.

Alle

- tragen auch kleine Verletzungen in das Verbandbuch ein,
- achten darauf, dass Fluchtwege und -türen nicht zugestellt oder blockiert sind,
- sorgen dafür, dass die Praxistür und eventuelle Nebeneingänge (z. B. Terrassen- und Kellertüren) abgeschlossen sind, wenn keine Person mehr anwesend ist, auch um den Zugang für mögliche Brandstifter zu verhindern.

Quellen und Informationen

- BGR A1 "Grundsätze der Prävention", Berufgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Oktober 2005
- BG-Information „Erste Hilfe im Betrieb“ (BGI 509).
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.: Handreichung für Träger und Brandschutzbeauftragte - Brandschutz in Pflegeeinrichtungen

Vorgaben der BGV / BGR A1 zur "Ersten Hilfe"

- Bereitstellung von erforderlichen Einrichtungen, Sachmitteln und Personal
    - 1 kleiner Verbandkasten nach DIN 13157 (jederzeit schnell erreichbar, leicht zugänglich, geschützt gegen schädigende Einflüsse, Inhalte rechtzeitig ergänzt und erneuert, CE-Kennzeichnung, keine weitere Verwendung nach Ablauf des Verfalldatums),
    - Telefon mit Angabe der Notrufnummer,
    - 1 Ersthelfer (bei 2 bis zu 20 anwesenden Beschäftigten) (Erste-Hilfe-Lehrgang mit 8 Doppelstunden bei einer von der Berufsgenossenschaft ermächtigten Stelle (www.hvbg.de/erstehilfe), in Zeitabständen von 2 Jahren Erste-Hilfe-Training, 4 Doppelstunden oder Person mit einer höher qualifizierten Ausbildung in Erster Hilfe z. B. Personen mit sanitäts- oder rettungsdienstlicher Ausbildung oder Berufe des Gesundheitsdienstes).
- Für unverzügliche Erste-Hilfe-Leistung und ärztliche Versorgung Sorge tragen.
- Für einen sachkundigen Transport von Verletzten sorgen.
- Unterweisung erteilen und Hinweise geben, z. B. durch geeignete Aushänge
    - berufsgenossenschaftlicher Aushang „Erste Hilfe“ (BGI 510).
- Jede Erste-Hilfe-Leistung schriftlich dokumentieren und 5 Jahre aufbewahren
    - „Verbandbuch“ (U 036 - BGW) oder „Meldeblock“ (BGI 511-3) (vertraulich behandeln).

Die Form der Erfassung der zu dokumentierenden Daten ist nicht festgelegt. Unterläuft dem Ersthelfer ein Fehler, obwohl er im Rahmen seines Wissens und Könnens gehandelt hat, so kann er dafür strafrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden. Andererseits kann die unterlassene Hilfeleistung – auch aus Angst vor falschem Handeln – strafrechtlich verfolgt werden.

Hinweise zum Brandschutz in Arztpraxen

Der Praxisinhaber ist verpflichtet, Brandschutzmaßnahmen durchzuführen (§ 618 Absatz 1 BGB mit Verweis auf Arbeitsschutzgesetz, Arbeitsstätten-Verordnung, Berufsgenossenschaftliche Vorschriften). Brandschutzmaßnahmen werden regelmäßig für Gewerberäume durch die Brandschutzversicherung gefordert. Hier kann der Mangel von geeigneten Maßnahmen zum Verlust des Versicherungsschutzes im Schadensfall führen. Zum Brandschutz gehört die Anschaffung eines geeigneten Feuerlöschers.

Die Löscher müssen so aufgestellt werden, dass deren Handhabung nicht zu einem Folgeschaden bei den Benutzern führt. Feuerlöscher wiegen im Durchschnitt 6 bis 16 Kilogramm, sind häufig an einer Wand befestigt und müssten im Notfall häufig von weiblichem Personal bedient werden, das nicht über die entsprechende Kraft verfügt, diese Last aus 1,6 Meter Höhe von der Wandaufhängung abzunehmen. Die Stelle des Löschers muss mit einem Brandschutzzeichen (FO4 Feuerlöschgerät), quadratisch (15 cm × 15 cm), rot, gekennzeichnet sein. Die Mitarbeiter müssen alle zwei Jahre in Fragen des Brandschutzes unterwiesen werden. (...)

Auf Folgendes sollte beim Brandschutz in der Arztpraxis, Apotheke, Labor (circa 100 Quadratmeter Praxisfläche, geringe Brandgefährdung) geachtet werden:

- Unbeteiligte elektrische Geräte, zum Beispiel Computer, werden durch den Einsatz von Pulverlöschern zerstört. Darüber hinaus erfordert das fein verteilte Pulver eines Pulverlöschers eine Grundreinigung der gesamten Praxis mit einer Praxisschließung für eine Woche. Der Folgeschaden, der durch den Einsatz eines Pulverlöschers in der Arztpraxis hervorgerufen wird, ist in der Regel um ein Vielfaches höher als der Schaden des Entstehungsbrandes. (...)
- Sämtliche in Deutschland verkauften Löscher sind nach der DIN 14406 zugelassen. Zu empfehlen ist bei 100 Quadratmetern Nutzfläche mit geringer Brandgefährdung die Anschaffung eines Kohlendioxydlöschers (zwei Löschmitteleinheiten) und eines Wasserlöschers (sieben Löschmitteleinheiten). (...) Die Löscher müssen (DIN 14406 Teil 2) alle zwei Jahre überprüft werden. (...)

aus: Zierer, Otto, Berufsgenossenschaftliche Vorschriften: Noch Handlungsbedarf für ärztliche Praxen, Deutsches Ärzteblatt 97, Ausgabe 34-35 vom 28.08.2000, Seite A-2220 / B-1892 / C-1776, Regelungen aktualisiert auf Stand Mai 2006)

Was ist eigentlich?

Brandschutzordnung

Sie enthält Regeln für die Brandverhütung und das Verhalten während und nach einem Brandfall. Aufbau und Inhalte finden sich in der DIN 14096 mit drei Teilen:

Teil A:	Aushang "Verhalten im Brandfall".
Teil B	Weitergehende Hinweise zur Brandverhütung, zur Verhinderung der Brand- und Rauchausbreitung, zur Benutzung von Flucht- und Rettungswegen, zur Brandbekämpfung.
Teil C	Hinweise für die Feuerwehr und Mitarbeiter mit besonderen aufgaben im Brandschutz.

Alarmplan

Er ist Bestandteil der Brandschutzordnung und muss für die jeweilige Einrichtung in Abstimmung mit der Feuerwehr erstellt werden.

Flucht- und Rettungsplan

- Er ist eine Forderung der Arbeitsstättenverordnung und soll nach den Vorgaben der DIN 4844-3 erstellt werden. Er ist im Regelfall nur bei größeren Gebäuden oder komplexen Räumlichkeiten erforderlich und enthält Informationen über
  - Flucht- und Rettungswege,
  - Brandmelder und Notruftelefone,
  - Feuerlöscher,
  - Sammelstellen,
  - momentaner Standort.

Hinweise entnommen aus: S. Brandenburg, G. Mehrtens, E. Weiß: Arbeitsschutz und Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006.

Für „normale“ Arztpraxen reicht in der Regel der Aushang "Verhalten im Brandfall" (Teil A der Brandschutzordnung).

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.17 Abfälle und Umweltschutz (Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz)

In unserer Praxis handeln wir umweltbewusst, damit auch noch unsere Kinder die Chance auf einen intakten Lebensraum Erde haben.

Qualitätsziele

- **Abfälle** werden **vermieden** und sorgfältig **getrennt.** Es gibt einen ausgehängten Plan, der uns im Alltag weiterhilft.
- Altmedikamente und Chemikalienreste werden sachgerecht entsorgt und gelangen nicht in die Kanalisation.
- Trinkwasser, Heizenergie und Strom werden sparsam verwendet.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- organisiert die Absammlung und -trennung in der Praxis,
- veranlasst eine Beratung durch das Gesundheitsamt, wenn C- oder E-Müll anfällt,
- sorgt dafür, dass alle Mitarbeiter über die Abfallsammlung und -trennung informiert sind.

Mitarbeiter:

- erstellt einen kleinen Plan mit den Abfallentsorgungsmöglichkeiten und hängt ihn auf,
- informiert über die Abfallentsorgung auf einer Teambesprechung,
- sorgt für die tägliche Leerung der Abfallbehältnisse.

Alle

- beachten sorgfältig die Vorgaben zur Abfallsammlung und -trennung,
- gehen sparsam mit Trinkwasser, Strom und Heizenergie um.

Quellen und Informationen

A. Schwarzkopf: Sinnvolle Entsorgung in der Hausarztpraxis - Wohin mit dem Müll?, Der Allgemeinarzt 15/2005, 14 - 16

Einteilung der Abfälle

nach Merkblatt über die Vermeidung und die Entsorgung von Abfällen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens der LAGA - Länderarbeitsgemeinschaft Abfall, 1992, mit Vorschlägen für Arztpraxen nach Schwarzkopf, 2005

A-Müll (AS 15 01 XX)

- Abfälle, an deren Entsorgung aus infektionspräventiver und umwelthygienischer Sicht keine besonderen Anforderungen zu stellen sind:
  - Hausmüll und hausmüllähnliche Abfälle,
  - Desinfizierte Abfälle der Gruppe C,
  - Hausmüllähnliche Gewerbeabfälle,
  - Küchen- und Kantinenabfälle.

Vorschläge zur Sammlung:

- Glasabfall: getrennt, auch Infusionsflaschen ohne Deckel,
- Kunststoffabfall: "gelbe Tonne", auf DSD-Zeichen achten,
- Papierabfall: getrennt.
- keine verschmutzten Papiere (Papiertaschentücher etc.),
- auf Datenschutz achten, Aktenvernichter nutzen,
- Restmüll: Papierkorb im Wartezimmer, Restmülltonne.

B-Müll (AS 18 01 04, Untergruppe Sharps AS 18 01 02, AS 18 0201)

- Abfälle, an deren Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitsdienstes besondere Anforderungen zu stellen sind
  - mit Blut, Sekreten und Exkreten behaftete Abfälle wie Wundverbände, Gipsverbände, Einwegwäsche, Stuhlwindeln und Einwegartikel einschließlich Spritzen, Kanülen, Skalpelle, Handschuhe, Atemschutzmasken, Urinbeutel.

Vorschläge zur Sammlung:

- Reißfester Extrabeutel: mit anderer Farbe als "A-Restmüllbeutel", undurchsichtig, am Ende des Arbeitstages mit Klebeband verschließen und in die (A-)Restmülltonne geben,
- Kanister für Scharfes und Spitzes (Sharps): für Spritzen, Kanülen, Skallpellklingen, Glasbruch; Orginaletikett überkleben, Kennzeichnung mit Symbol Biogefährdung (www.allgemeinarzt-online.de), am Ende des Arbeitstages verschließen und in die (A-)Restmülltonne geben.

C-Müll (AS 18 01 03)

- Abfälle, an deren Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht innerhalb und außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitsdienstes besondere Anforderungen zu stellen sind (sog. infektiöse, ansteckungsgefährliche oder stark ansteckungsgefährliche Abfälle)
    - Abfälle, die auf Grund von § 10a des Bundesseuchengesetzes behandelt werden müssen,
    - Mikrobiologische Kulturen.

Vorschläge zur Sammlung:

- Sammlung und Entsorgung mit Gesundheitsamt / Entsorgungsunternehmen abstimmen oder gemeinsam mit nahegelegener Klinik organisieren.

D-Müll (AS 18 01 06)

- Abfälle, an deren Entsorgung aus umwelthygienischer Sicht innerhalb und außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitsdienstes besondere Anforderungen zu stellen sind:
    - Verbrauchte Filter und Aufsaugmassen mit schädlichen Verunreinigungen, z.B. Aktivkohle,
    - Abfälle von pharmazeutischen Erzeugnissen, z.B. Zytostatika,
    - Laborabfälle und Chemikalienreste, z.B. Lösemittel,
    - Abfälle aus Röntgenlabors, z.B. Fixierbäder,
    - NE- metallhaltige Abfälle, z.B. Quecksilber,
    - Mineralöle und synthetische Öle, z.B: Transformatorenöle,
    - Altmedikamente (ohne Zytostatika).

Vorschläge zur Sammlung:

- Für Chemikalien Hinweise in Sicherheitsdatenblättern beachten,
- Desinfektionsmittelreste (Konzentrate) verdünnen (Schutzmaßnahmen beachten !) und in die Kanalisation geben,
- Batterien und Akkus getrennt sammeln,
- Altmedikamente getrennt sammeln und über Apotheken entsorgen (niemals in die Kanalisation !!!)

E-Müll (AS 18 01 02)

- Medizinische Abfälle, an deren Entsorgung nur aus ethischer Sicht zusätzliche Anforderungen zu stellen sind:
    - Körperteile und Organabfälle einschließlich gefüllter Blutbeutel und Blutkonserven.

Vorschläge zur Sammlung:

- Sammlung und Entsorgung mit Gesundheitsamt / Entsorgungsunternehmen abstimmen oder gemeinsam mit nahegelegener Klinik organisieren.

Peter Buwalda
Bodo Daumann
Renate und Rolf Packroff

4.3.18 Gesundheitsförderung in unserer Praxis

In unserer Praxis steht die Gesundheit im Mittelpunkt - auch unsere eigene.

Schwerpunkte der Gesundheitsförderung

- Rückenschule,
- Bildschirmarbeit,
- Raucherentwöhnung,
- Gesunde Ernährung und Bewegung.

Qualitätsziele

Durch Umsetzung der **Qualitätsziele dieses Handbuches** und durch **Maßnahmen zur Gesundheitsförderung** sorgen bei unserer täglichen Arbeit dafür, das wir gesund bleiben.

So setzen wir sie um

Praxisinhaber

- sorgt dafür, dass Gesundheitsförderdung regelmäßig Thema der Teambesprechungen ist,
- organisiert die Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Alle

- bringen aktiv ihre Ideen zur Gesundheitsförderung ein.

Quellen und Informationen*

Gesundheitsförderung "lohnt" sich für das Unternehmen "Arztpraxis" durch

- erhöhte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsproduktivität
- langfristige Senkung des Krankenstandes
- gesteigerte Produkt- und Dienstleistungsqualität
- verbesserte betriebliche Kommunikation und Kooperation
- Imageaufwertung
- Gesundheitsförderung bringt für die Mitarbeiter Pluspunkte für die Arbeits- und Lebensqualität:
- weniger Arbeitsbelastungen
- verringerte gesundheitliche Beschwerden

- gesteigertes Wohlbefinden
- besseres Betriebsklima
- mehr Arbeitsfreude
- gesünderes Verhalten in Betrieb und Freizeit

(http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/lhy/)

Die 10 goldenen Regeln der Rückenschule

- Du sollst Dich bewegen.
- Halte den Rücken gerade.
- Gehe beim Bücken in die Hocke.
- Hebe keine zu schweren Gegenstände.
- Verteile Lasten und halte sie dicht am Körper.
- Halte beim Sitzen den Rücken gerade und stütze den Oberkörper ab.
- Stehe nicht mit durchgedrückten Knien.
- Liege weder mit Hohlkreuz noch mit Katzenbuckel.
- Treibe Sport, am besten Schwimmen, Laufen oder Gymnastik.
- Trainiere täglich Deine Bauch- und Wirbelsäulenmuskulatur.

Fachliche *Beratung und Gestaltung des Abschnittes „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in der Arztpraxis“:*

Dr. Rolf Packroff, Mitarbeiter der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, Dortmund), Herdecke

4.5 Archivierung und Datensicherung

Archivierung:

Mindestaufbewahrungsfrist, Zivilrechtliche Ansprüche eines Patienten gegen einen Arzt verjährt nach Bürgerlichen Gesetzbuch aber erst nach 30 Jahren.

Empfehlung: Dokumente solange aufbewahren bis feststeht, dass keine Schadensersatzansprüche mehr erwachsen können.

Aufbewahrungsfristen	Dauer
Arztakten	**10 Jahre**
• Arztbriefe, eigene und fremde	10 Jahre
• Berichte	10 Jahre
• Ärztliche Aufzeichnungen einschl. Untersuchungsbefunde	10 Jahre
• Ärztliche Behandlungsunterlagen	10 Jahre
• Befundmitteilungen	10 Jahre
• Jugendarbeitsschutzuntersuchung	10 Jahre
• Gesundheitsuntersuchung Teil B	5 Jahre
Sonographie	
• Aufzeichnung, Fotos, Prints, Disketten	10 Jahre
• Koloskopie Teil B.	10 Jahre
• Lungenfunktionsdiagnostik	10 Jahre
Abrechnungsscheine	1 Jahr
Bei Diskettenabrechnung	
• Ersatzverfahren, Abrechnungsschein	1 Jahr
• Überweisungsschein	1 Jahr
Formulare	
• Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	1 Jahr
• Berufsunfähigkeitsgutachten	10 Jahre
• DMP Unterlagen	10 Jahre
• Krankenkassenfragen	10 Jahre
• Hausärztliche Krankenpflege	10 Jahre
• Heilmittelverordnung	10 Jahre
• Krankenhausbehandlung Einweisung Teil C	10 Jahre
• Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau und Mann Teil A	5 Jahre

- Notfallschein Teil B und C 1 Jahr
- Vertetungsschein Teil B und C 10 Jahre
- Vertetungsschein Teil A 1 Jahr

Betäubungsmittel

- BTM Rezeptdurchschriften 3 Jahre
- Karteikarten 10 Jahre
- Bücher 3 Jahre

Gutachten 10 Jahre

- Über Patienten für KK, Versicherung, BG

Labor 5 Jahre

- Laborqualitätssicherung 5 Jahre
- Interne Qualitätssicherung
- Laborbuch 10 Jahre
- Sicherungsdisketten 4 Jahre
- Abrechnung mit der KV

Transfusionsgesetz

- Blutprodukte 30 Jahre
- Anwendung von Blutprodukten sowie
- Genetschen herstellen Plasmaproteinen
- Zur Behandlung von Hämostasestörungen
- Untersuchungsbefunde 10 Jahre

Zytologie (Jamshidi, Knochenmarkausstriche) 10 Jahre

- Präperate und Befunde
- Statische Zusammenfassung

Kontrolldatensicherung 5 Jahre

- Über interne Qualitätssicherung
- Und Zertifikate über erfolgreiche
- Teilnahme an Ringversuchen

Thema: Datensicherung

- Bewegungsdatensicherung- ist nach jedem Arbeitstag durchzuführen

Komplettdatensicherung:

- 1 x wöchentlich am letzten Arbeitstag der Woche
- vor und nach der Kassenabrechnung
- nach der Privatabrechnung

4.6 Betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte und Praxisverwaltung

Qualitätsziele

Übersichtliche Verwaltungsstrukturen, die effizient sind und wenig Ressourcen binden. Gesetzeskonforme Lösungen für Abrechnung, Buchhaltung und Abgaben. Ideal einer sozialeren Gesellschaft…?

Schritte zur Umsetzung

was ist zu tun?	wer tut es?	wer verantwortet es? Wie wird es überprüft?
Abrechnung KV, Quartalsweise tägliche Dateneingabe und –Sicherung	Arzthelferin	Arzt Tagesliste Abrechnungsdaten
Widerspruchsverfahren, Regressforderungen etc.	Arzt	Arzt
Abrechnung Privatpatienten, ggf. in Zusammenarbeit mit der Privatverrechnungsstelle Einverständnis des Pat. zur Datenübermittlung Dateneingabe Abrechung ggf. Überprüfen Zahlungseingang, Mahnwesen	Arzthelferin	Arzt
Kasse Bareinnahmen	Arzthelferin	Buchführung, Arzt
Belege sammeln von Ausgaben	Mitarbeiter	Arzt/Steuerbüro
Buchführung Einnahmen/Ausgaben	Steuerbüro	Arzt
Steuererklärung	Steuerbüro	Arzt
Bezahlung Mitarbeiter, Sozialabgaben, Lohnbuchhaltung sozialverträglich??	Lohn-/ Steuerbüro	Arzt

Weiteres, Bemerkungen, Anlagen etc.

Ein großes Problem ist die Tatsache, wie weit das Wirtschaftliche in die eigentlich ärztlichen Aufgaben hinein regiert, da die Ressourcen zu knapp sind, z.B. Fragen, ob das Heilmittel- oder Arzneibudget überschritten wird oder ob das weitere Gespräch in diesem Quartal noch möglich ist, da das Grenzvolumen überschritten wurde etc. Hieran wird deutlich, dass die Ärzteschaft zwischen ihren hohen Idealen und dem wirtschaftlichen Druck zerrieben werden kann (Qualitätssicherungsinstrumente werden gern dort verordnet, wo die Qualität mangels Ressourcen bedroht ist). Diese Problematik ist essenziell, aber an dieser Stelle nicht lösbar.

5. Anhang

Johannes Gutsch

5.1 Infusionstherapie

Vorbereitung

- Auf kurze Fingernägel ohne Nagellack und auf Entfernung von Schmuck achten. Offene Haare hinten zusammenbinden. Hände waschen und mit Sterillium desinfizieren,
- Trägerlösung (NaCl 0,9%, G5 etc.),
- Etikette für Name und Inhalt,
- Überleitungssystemen,
- Tupfer, Pflaster, Desinfektionspray für Haut/Betaisodona-Lösung,
- 10/20 ml-Spritze,
- Gelbe Kanüle (Nr. 1),
- Infusionsplan/Patientenakte mit der genauen Indikation und Mengenangabe (Dr.),
- Vergleichen von (geliefertem) Medikament und Dosierung,
- Desinfektion des Gummideckels der Infusionsflasche (30 Sekunden einwirken lassen),
- Einbringen des/der Medikament/e (der metallische Teil der Spritzennadel darf in ganzer Länge nicht unsteril berührt werden). Bei Einbringen von Antikörpern oder anderen Eiweiß-Lösungen Schaumbildung vermeiden. Zunächst ein Vakuum der gleichen Größe durch Entnahme von Luft herstellen und dann das Medikament bei liegender Flasche in die Trägerlösung einbringen,
- Notieren von Patientennahmen und Medikament, aufkleben auf die Infusionsflasche,
- Infusionsbesteck einstecken und befüllen,
- Auf Patientenakte stellen, oder neben den sitzenden Patienten aufhängen,
- Bei Infusionsflaschen mit geringem Inhalt (z. B. Kalziumfolinat-Infusionsflasche) den Dorn des Infusionsbestecks nicht bis zum Anschlag in dem Gummideckel drücken, da sie sonst nicht leer läuft.

Besonderheiten bei Chemotherapie

- Für Carboplatin oder Cisplatin ist ein NaCl-freies System erforderlich. Im Bypass soll keine NaCl-haltige Infusionslösung laufen.
- Für Farmorubicin, Caelyx und Adriamycin (rote Infusionslösung) wird immer ein neues System verwendet.
- Nach 5-FU wird bei Folgeinfusionen das System gewechselt.
- Bei Vincaalkaloiden (Vincristin, Vinblastin, Velbe, Navelbine) ist ein Bypass mit 250 ml NaCl zur Verdünnung erforderlich
- Bei Ribomustin über die periphere Vene ist in die Infusionsflasche Heparin-Kalzium 5000 Einheiten zuzugeben.
- Bei Taxol ist nur ein besonderes PVC-freies Infusionsbesteck erforderlich, dass extra rezeptiert werden muss.

- Bei Erbitux ist der mitgelieferte zusätzliche Filter (Micropre-Filter) erforderlich.
- Ist ein Systemwechsel am Port notwendig, wird mit der der Betaisodona Lösung (zwei Tropfen) auf die Konnektionstelle desinfiziert und nach 30 sec gewechselt. Die Portnadel wird nach Beendigung der Infusion standardmäßig gespült, gezogenen und mit sterilem Tupfer durch Pflaster abgedeckt.
- Der Chemomüll wird als Sondermüll in dicht verschließbare grüne Plastikbeutel in ein extra gekennzeichnetes Behältnis (Treteimer) entsorgt und am nächsten Tag der Lieferapotheke mitgegeben.
- Kleinere, mit Chemomüll kontaminierte Tupfer oder Spritzen, Verschlusskappen oder Kanülen werden in einem separaten Abwurfgefäß ebenso gesammelt. Die grüne Chemomüll-Tüte ist mit dem Tabakbeutelverschluss zu verschließen, mehrfach zu drehen und mit dem Deckel des Treteimers abzuklemmen. Volle Tüten werden in einer dafür gekennzeichneten Transportkiste zur Abholung durch den Apotheker bereitgestellt.

Anwendung von Infusionslösungen über einen Port

- Jede Manipulation an der Portnadel ist wegen Gefahr der Luftaspiration am sichersten am liegenden Patienten.
- Händedesinfektion.
- Gummideckel an der Infusionslösung mit Desinfektionsmittel besprühen.
- Die Luftklappe am Infusionsbesteck schließen und den Dorn durch den Gummideckel in den Infusionsbeutel einführen. Dann das Infusionsbesteck luftfrei mit Infusionslösung füllen.
- Anschließen des gefüllten Infusionsbestecks an das Portsystem. Um Luftaspiration zu vermeiden, soll der Wechsel von Verschlusskonus und Infusionsbesteck zügig am liegenden Patienten erfolgen.
- Vor Öffnen des Verschlusskonus am Portsystem einen Tropfen Betaisodona-Lösung auf das Gewinde geben und 30 Sekunden einwirken lassen.
- Tropfgeschwindigkeit einstellen und kontrollieren, ob die Belüftungsklappe am Infusionsbesteck (bei Verwendung von Infusionsbeuteln) geschlossen ist zur Vermeidung von Luftaspiration nach eingelaufener Infusionsflüssigkeit.

Wenn die Infusionslösung eingelaufen ist:

- Vor Dekonnektierung des Infusionsbestecks vom Port erneute Desinfektion wie oben beschrieben. Blockierung des Ports mittels einem Gemisch von 5000 E Heparin mit 2ml physiologischer NaCl. Zügiges Verschließen mit sterilem Verschlusskonus. (auf Anziehen des Konus auf das Ende des Portschlauchs achten; könnte sonst verkantet und damit luftdurchlässig aufsitzen).
- Wenn die liegende portable über Nacht belassen wird, Fixierung des Portschlauchs zwischen einem sterilen Tupfer am Patienten mit Pflaster.

Muster: Aushang im Infusionsraum

Lieber Patient im Infusionsraum

Wir bitten Sie folgende Anweisungen für ihre Sicherheit zu beachten.

Die Infusionen werden über die Vene direkt in den Kreislauf Ihres Körpers gegeben. Daher ist es sehr wichtig, dass die Nadel nicht verrutscht. Sollten Sie irgendetwas an ihrem Arm oder Port bemerken, das auf ein Verrutschen der Nadel hindeutet - z.B. Schmerzen oder Schwellung - dann melden Sie sich bitte sofort (Klingel neben Ihrem Stuhl, unterer Schalter).

Ferner sollten Sie uns mittels Klingel rufen, wenn Sie

- aufstehen und sich die Füße vertreten wollen,
- aufstehen und zur Toilette gehen wollen,
- ein Bedürfnis nach Kaffee, Tee oder Wasser haben oder
- Ihre Infusion leergetropft ist.

Sie helfen dadurch nicht nur eventuelle Schäden an ihrem Arm zu vermeiden, sondern Sie ersparen uns auch eine Infusion erneut anlegen zu müssen.

Ihr Praxisteam Dr. Johannes Gutsch

5.2 Thymus - Thymus/Milz – Milz - Injektionen

- Tiefgefrorenes Fläschchen vollständig auftauen, schwenken und wie folgt portionieren:
  - Plastikdeckel entfernen, Sprüh-Desinfektion anwenden und 30 Sekunden wirken lassen,
  - 2ml steril aufziehen (bei Thymus/Milz je 1 ml in eine Spritze) und mit rotem Verschlussconus steril verschließen,
  - Etikettieren mit Aufklebern (Milz: Grün, TMS: Blau, Thymus: Gelb) und entsprechender Beschriftung,
  - Sofort in die Tiefkühltruhe bei -20 bis -30°C einfrieren.
- Täglich Temperatur auf Kontrollblatt protokollieren und bei Temperatur unter 20°C sofort Fehlermeldung geben.

5.3 Aktive Hyperthermie (Fiebertherapie)

(Eine Anwendungsleitlinie)

Ziel der Fiebertherapie

- Temperaturerhöhung um mind. 2 Grad im Vergleich zur Ausgangstemperatur, nach Möglichkeit mindestens 2 Stunden lang halten.
- Wiederholung einer Fiebertherapie frühestens nach einer Woche x 4, dann monatlich bis vierteljährlich!
- Immunstimulation, thermische Tumorwachstumshemmung.

Basisuntersuchung (prätherappeutisch)

- Differentialblutbild,
- Elektrolyte,
- EKG/Belastungs-EKG,
- Dokumentation des aktuellen Tumorstatus/Tumorverhalten.

Praktische Durchführung

- Aufklärung des Patienten über mögliche Nebenwirkungen durch den Arzt (Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, hypotone Krise bei Entfieberung, allergische Reaktionen).
- Nahrungskarenz, morgens nur ein leichtes Frühstück.
- Prämedikation: Vergentan 1 Ampulle in 100 NaCl 0,9% .
- Beginn der Therapie spätestens morgens gegen 9.00 Uhr.
- Braunüle legen und tagsüber belassen (Flüssigkeitsbedarf)
- Keine orale Flüssigkeitsaufnahme bis zum Temperaturmaximum, danach reichlich.
- Kurzinfusion: in 100ml NaCI. (0,5 ml Pseudomonas aeruginosa 1:60) Bei Wiederholung der Therapie eventl. steigern.
- RR, Puls und Temperatur als Ausgangswert bei Beginn messen, 10 - 30-minütigen Intervallen ab Beginn des Schüttelfrostes.
- Während der Schüttelfrostphase beim Patienten bleiben, ihn mit Wärmeflaschen an den Füßen und Leisten versorgen. Beruhigend auf ihn einwirken.

Begleitmaßnahmen fakultativ

- Abgedunkeltes Zimmer.
- Bei Kopfschmerz O2-Inhalation Tramal 50/100 mg s.c., wenn Stirnkompresse mit JHP- Minzöl nicht reicht (Keine fiebersenkenden Schmerzmedikamente!).
- Nach Ablauf des Schüttelfrost reichlich warmen Tee anbieten.

Komplikationen

- Temperatur > 41 Grad: 1. Wadenwickel, 2. ASS
- Übelkeit: Wärmflasche auf die Leberregion, Antiemetika (z.B. MCP 1 Amp. s.c.)
- Kopfschmerzen: s.o.
- Gliederschmerzen: bei Bedarf Tramal 50/100 mg sc.
- Kreislaufdekompensation: NaCl 09% 500 - 1000 ml i.V., evtl. Plasmaexpander.

Psychotherapie

Während des Fiebers bessere Compliance des Patienten. Bei hohem Fieber haben viele Patienten leichteren Zugang zur psychischen Ebene und profitieren von psychotherapeutischen Interventionen.

Vorbereitung zur Fiebertherapie

- Material:
  - 100 ml NaCl-Lösung; Aufkleber für Namen und Inhalt,
  - Pseudomonas-Lysat oder Picibanil, je nach Vorgabe,
  - Infusionsbesteck,
  - blaue Braunüle mit Mandrain,
  - Zwei Tupfer, Desinfektionspray, zwei Kleberstreifen,
  - Thermometer mit Plastikschutz,
  - Blutdruckmessgerät,
  - eine Brechschale mit Zellstoff,
  - Fieberprotokoll, Stift.
- In die 100 ml NaCl-Lösung (0,9%) vorgegebene Menge Pseudomonas-Lysat oder Picibanil instillieren, eine Ampulle Vergentan dazu geben, Infusionssystem anschließen, Tablett mit Braunüle, Tupfer und Kleberstreifen bereitstellen.

Durchführung der Fiebertherapie

- Vor Anlegen der Infusion:
  - Temperatur- und Blutdruckkontrolle im Fieberprotokoll dokumentieren. Dann die Infusion über circa 30 Minuten einlaufen lassen,
  - Anlegen der Infusion durch den Arzt/Arzthelferin,
  - bei ersten Anzeichen von Schüttelfrost Patient in ruhigen Raum legen und mit 3 Wärmflaschen versehen (2 auf die Leisten, 1 an den Füßen). Mit Wolldecke zudecken und Blutdruck und Temperatur 10-minütlich oder halbstündlich kontrollieren,
  - nach Erreichen des Temperaturplateau Patienten reichlich warmen Tee anbieten und jetzt erneut Blutdruck- und Temperaturkontrolle durchführen,

- Patienten nach Anweisung durch den Arzt nur bei stabilen Kreislaufverhältnissen und im warmen Zustand durch Angehörige nachhause bringen lassen. Patient das Temperaturprotokoll mitgeben und zuhause weiterführen lassen,
- Am Folgetermin einer nächsten Fiebertherapie das letzte Fieberprotokoll dem Arzt zeigen zur Festlegung der nächsten Dosis von Pseudomonas-Lysat oder Picibanil.

5.4 Merkblätter und Broschüren (Bezugsadressen und Inventarliste)

Jahr			2007	
Bestand am [TT.MM]				
Bestellt am [TT.MM]				
Merkblätter und Broschüren	Nr.	Euro		
Gesundheit aktiv Anthroposophische Heilkunst e.v. Johannes-Kepler-Str.56 75378 Bad Liebenzell-Unterlengenhardt Tel.: 07052-9301-10 Fax.: 07052-9301-0				
• Umgang mit dem Sonnenlicht	163	4,00		
• Drogensucht	160	4,00		
• Neurodermitis	146	4,00		
• Das Hören	152	4,00		
• Das Unruhige Kind	143	4,00		
• Die Heilkraft des Gebetes	142	4,00		
• Die Pubertät und ihre Krisen	140	4,00		
• Mit dem Computer leben	139	4,00		
• Unser täglich Brot	133	4,00		
• Ankommen	173	4,00		
• Eurythmie	130	4,00		
• Was ernährt unsere Kinder?	164	4,00		
• Zähne	132	4,00		
• Kinderkrankheiten	114	4,00		
• Kinderspiel heute	115	4,00		
• Mobilfunk – riskante Kommunikation	At 4	4,00		
• Salutogenese	At 5	2,00		
• Anthroposophische Medizin	113	4,00		
• Das Rätsel der Allergie	134	4,00		
• Schlafstörungen – gesunder Schlaf	154	4,00		
• Was ist Homöopathie?	35	4,00		
• Migräne	175	4,00		
• Lebenslauf	153	4,00		
• Willensschulung –Pädagogik + ...	123	4,00		

• Kinderfernsehen	141	4,00		
• Kindheit in Gefahr		1,00		
• Drogen und Sucht		1,00		
• Therapeutische Sprachgestaltung	171	4,00		
• Multiple Sklerose	172	4,00		
Sterntaler e.V. Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke Gerhard-Kienle-Weg 4 58313 Herdecke Tel./Fax.: 02330-62.3809				
• Wickelpraktikum		3,50		
• Hüfte + Füße		1,50		
• Impfbroschüre		2,00		
• Was ist Waldorfpädagogik?		1,50		
• Fieber		1,50		
• Das Stillen		1,50		
• Säuglinsnahrung		1,50		
• Fernsehen		1,50		
• Zahngesundheit + Fluorprophylaxe		1,50		
Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. Roggenstr. 82 70794 Filderstadt Tel.:0711/77 99 711 Fax:0711/77 99 712 Ges.anth.aerzte@-online.de				
• Merkblatt zur Vitamin-K-Prophylaxe		0,25		
• Merkblatt zur HPV-Impfung		0,25		
Internationale Vereinigung der Waldorf-kindergärten e.V Heubergstr. 18 D-70188 Stuttgart Tel.:0711 268 447 Fax:0711 268 447-44				
• Drogen und Sucht- Vorbeugen durch Erziehen		1,00		
• Kindheit in Gefahr		1,00		

Sonstige				
Was ist Chirophonetik? Schule für Chirophonetik Rohrach 13 A- 4202 Kirchschlag Tel.:07215 20 23		gratis		
Medizinisch-Pädagogische Konferenz Bezug über: Eveline Staub Hug Ehrenhalde 1 70192 Stuttgart E-mal:med-paed-konferenz@gmx.net		3,50		
Begabte Kinder finden und fördern Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Referat Öffentlichkeitsarbeit 53170 Bonn EMail:information@bmbf.bund400.de		gratis		
Was stimmt da nicht? **Sexueller Missbrauch** **Wahrnehmen und Handeln** Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen		gratis		
Weleda Verbraucherservice Postfach 1320 73503 Schwäbisch Tel.:07171 919 414 www.Weleda.de				
• Weleda Nachrichten		gratis		
• Weleda Kinderwelt		gratis		
Frühe Hilfen für Kinder mit Handicaps in Dortmund Stadt Dortmund Gesundheitsamt Koordinationsstelle im Gesundheitsbereich z.H. Frau Düring Hövelstr. 8 44122 Dortmund		gratis		